FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Année 1889-1890 N° 5.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

DES

KYSTES ÉPIDERMIQUES

DE LA MAIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 2 Décembre 1889

PAR

François-Eugène-Joseph LABOUGLE

Né le 16 août 1867, à Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées),

Médecin stagiaire au Val-de-Grâce,
Ex-interne des hôpitaux de Bordeaux,
Ancien aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Lauréat de la Faculté de médecine (Prix du Conseil général 1889),
Membre lauréat (Prix 1889) de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux.

Examinateurs de la Thèse : MM. BOUCHARD, professeur... *Président.*
MASSE, professeur.....
LAGRANGE, agrégé..... *Juges.*
VILLAR, agrégé.....

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

G. GOUNOUILHOU, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

11, — RUE GUIRAUDE, — 11

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Année 1889-1890 N° 5.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

DES

KYSTES ÉPIDERMIQUES

DE LA MAIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 2 Décembre 1889

PAR

François-Eugène-Joseph LABOUGLE

Né le 16 août 1867, à Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées),

Médecin stagiaire au Val-de-Grâce,
Ex-interne des hôpitaux de Bordeaux,
Ancien aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Lauréat de la Faculté de médecine (Prix du Conseil général 1889),
Membre lauréat (Prix 1889) de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux.

Examinateurs de la Thèse : MM. BOUCHARD, professeur... *Président.*
MASSE, professeur.....
LAGRANGE, agrégé..... *Juges.*
VILLAR, agrégé.....

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

G. GOUNOUILHOU, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

11, — RUE GUIRAUDE, — 11

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICÉ..... } Professeurs honoraires.
MERGET..... }

MESSIEURS :

Clinique médicale..... PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale... DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne..... DUPUY.
Pathologie externe..... AZAM.
Pathologie et thérapeutique générales..... VERGELY
Thérapeutique..... DE FLEURY.
Médecine opératoire ... MASSE.
Clinique obstétricale... MOUSSOUS.
Anatomie pathologique. COYNE.
Anatomie..... BOUCHARD.

MESSIEURS

Histologie et anatomie générale..... VIAULT.
Physiologie..... N...
Hygiène..... LAYET.
Médecine légale..... MORACHE
Physique..... N...
Chimie..... BLAREZ.
Histoire naturelle..... GUILLAUD.
Pharmacie..... FIGUIER.
Matière médicale..... PERRENS.
Médecine expérimentale JOLYET.
Clinique ophtalmologique..... BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale

MM. ARNOZAN. ARTIGALAS. MOUSSOUS. | MM. DUBREUILH. MESNARD.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe

MM. PIÉCHAUD. LAGRANGE. POUSSON. | MM. DENUCÉ. VILLAR.

Accouchements..... MM. RIVIÈRE.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie..... BOURSIER. FERRÉ.
Histoire naturelle..... DE NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique..... BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie.. DENIGÈS.
Pharmacie..... BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Clinique médicale des enfants..... MM. A. MOUSSOUS.
Clinique chirurgicale des enfants..... PIÉCHAUD.
Accouchements..... RIVIÈRE.

Clinique des maladies syphil. et cutanées . MM. ARNOZAN.
Clinique des maladies mentales..... N...
Chimie..... DENIGÈS.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Sous le nom de kystes épidermiques de la main, j'ai cru devoir désigner des kystes dont la paroi était constituée par l'épiderme avec ou sans substratum de tissu conjonctif et dont le contenu, d'aspect sébacé, était formé par une desquamation des cellules épidermiques avec ou sans dégénérescence des éléments de la paroi. Ce terme, attribué pour la première fois à cette variété de tumeurs par M. le Dr Troquart (de Bordeaux), m'a paru préférable à tout autre, car il indique clairement la structure fondamentale de ces kystes, sans rien préjuger de leur constitution pathogénique. Sous ce titre, j'ai rangé toute une série de kystes auxquels les auteurs avaient accordé des dénominations diverses correspondant à l'idée qu'ils se faisaient de leur formation physiologique (kystes sudoripares, kystes dermoïdes, tumeurs perlées, etc.), et qui n'avaient guère d'autres différences que ces dénominations mêmes.

Dans une première partie de ce travail, j'ai fait un minutieux triage des observations qui jusqu'ici avaient été quelquefois acceptées à la légère comme se rapportant à des kystes épidermiques, et je n'ai cru devoir considérer comme

probantes que celles qui avaient reçu une confirmation histologique. A cette série, j'ai ajouté trois cas inédits, dont un m'était personnel et était accompagné d'un examen microscopique.

Dans cette étude historique, je ne suis pas sorti du cadre de mon sujet; je me suis toujours tenu sur le terrain de l'anatomie pathologique et de la pathogénie, négligeant la question clinique qui, dans cette question, m'a paru tout à fait secondaire. J'ai sans doute varié avec la classique méthode de la thèse qui consiste à faire suivre d'une longue et fade série d'observations les développements originaux du travail; c'est pour éviter ces longueurs et des répétitions inutiles, que j'ai fait, au début même de cette thèse, le bref résumé des observations, pour laisser plus de place à la critique personnelle. J'ai alors, dans une seconde partie, essayé de dégager de toutes ces critiques, de toutes ces observations, de toutes les théories, une anatomie pathologique pouvant servir de vue d'ensemble sur la question.

Me basant sur la structure anatomique de ces kystes épidermiques, j'ai tâché, dans un chapitre spécial, de déterminer leur place parmi les tumeurs, de leur donner une classification.

Enfin, dans une dernière partie, j'ai discuté les nombreuses théories émises sur la pathogénie de ces tumeurs, et j'ai, me laissant toujours guider par l'anatomie et la physiologie pathologiques, essayé de démêler les plus vraisemblables.

Je ne prétends pas avoir fait un travail définitif, complet, sur cette intéressante mais difficile question. Heureux serais-je si j'avais réussi à apporter dans cette étude générale la clarté qui lui a manqué jusqu'ici!

Mais avant d'entreprendre l'étude de notre sujet, j'ai à cœur de remercier tous mes maîtres de la Faculté et des hôpitaux de Bordeaux dont j'ai suivi pendant plusieurs années l'excellent enseignement, et en première ligne, mon vénéré et savant maître, M. le professeur A. Bouchard; avant de quitter le seuil de cette Faculté, je tiens à lui exprimer tous les vifs sentiments de gratitude qu'il a su m'inspirer. Je ne sais si le remercîment banal et classique d'une thèse suffira à lui donner la mesure du respect et de la profonde estime que j'ai toujours professés pour lui.

M. le professeur Masse, dont j'ai eu l'honneur d'être pendant deux ans le préparateur, s'est empressé avec sa bienveillance habituelle de me venir en aide pour quelques recherches bibliographiques. Je lui suis profondément reconnaissant des conseils précieux qu'il m'a donnés et de l'intérêt qu'en cette circonstance il n'a cessé de me témoigner.

Je n'aurais garde d'oublier M. le professeur Planteau, qui nous a toujours témoigné sa vive sympathie. Que ce maître reçoive ici l'expression de nos chaleureux remercîments!

M. le professeur agrégé Ferré et mon savant ami Conil, préparateur au laboratoire d'histologie, ont mis souvent à notre disposition leur temps et leurs profitables conseils; qu'ils veuillent bien recevoir le témoignage de notre vive gratitude.

Enfin, qu'il me soit permis d'adresser à M. le professeur agrégé Pousson et à M. le Dr Dubourg, dont j'ai eu l'insigne honneur d'être l'interne, nos remercîments pour une excellente année de chirurgie passée avec eux et l'expression de notre reconnaissance pour les bonnes leçons cliniques dont ils ont bien voulu souvent nous faire bénéficier.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

DES

KYSTES ÉPIDERMIQUES

DE LA MAIN

PREMIÈRE PARTIE

Étude historique.

L'étude histologique des kystes épidermiques de la main remonte à une vingtaine d'années. C'est en 1868 que Muron publie, pour la première fois, dans les *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, l'observation d'un kyste dermoïde de la main avec un examen microscopique. Avant lui, il n'est point fait mention, dans les auteurs, de ce genre de tumeurs. Dans les recherches bibliographiques que nous avons entreprises à ce sujet, nous avons rencontré çà et là quelques rares observations de tumeurs de la main s'éloignant par certains points des descriptions classiques, mais si obscures, si incomplètes, qu'il serait illogique d'établir entre elles et les kystes épidermiques une analogie quelconque.

Mayor, dans sa thèse sur les *Tumeurs épidermiques*, ne parle point de cette catégorie de kystes. Boyer, dans sa *Pathologie*

externe, et les auteurs du *Dictionnaire en trente volumes* n'en disent mot.

Velpeau, cité par Rizet *(Gazette des hôpitaux,* 1881), ne paraît pas non plus avoir connu cette affection. Les kystes décrits par cet auteur dans ses *Leçons orales de clinique chirurgicale* (1841, t. III, p. 450), sont des kystes synoviaux. Velpeau parle bien (p. 451) de kystes contenant des « matières solides », mais il s'agit de concrétions, et comme, ajoute ce chirurgien, « ces kystes se rencontrent surtout dans la bourse prérotulienne, » on ne saurait conserver le moindre doute à cet égard.

M. Rizet cite encore un article de la *Gazette des hôpitaux* de 1848 où serait discuté le diagnostic des kystes dermoïdes de la paume de la main. J'ai consciencieusement recherché l'article indiqué, mais en vain; je dois ajouter que M. Lalitte et M. Guermonprez n'avaient pas déjà été plus heureux que moi dans ces recherches.

Toujours victime des mêmes illusions bibliographiques, M. Rizet prétend que Nélaton, dans sa *Pathologie externe* de 1859, a donné aussi une observation de kyste dermoïde. Or, il existe un ouvrage de Nélaton, paru en 1859 à Paris, et qui porte le titre de *Éléments de pathologie chirurgicale* (t. V); c'est sans doute de ce volume qu'a voulu parler M. Rizet. A la page 955, il existe, il est vrai, une description de trois tumeurs de la face palmaire de l'annulaire gauche, mais il ne s'agit certainement pas de kystes dermoïdes. L'examen microscopique qui fut fait par Ch. Robin révéla la présence dans ces tumeurs de cellules et de fibres conjonctives et permit au savant micrographe de porter le diagnostic de tumeurs fibroplastiques; il n'existait point de contenu. Il y avait lieu de songer, selon nous, à un fibrome ou plus vraisemblablement à un myxome.

Je dirai, pour terminer, que dans la thèse de Vermont,

Recherches pour servir à l'étude de quelques tumeurs des doigts (Paris, 1855), je n'ai pas trouvé une description ou une observation qu'il fût possible de rapprocher des kystes épidermiques.

Nous ne saurions admettre, avec Micault, comme un exemple de kyste épidermique, l'observation de Parmentier. *(Bullet. Soc. anat. Paris,* 1858.) L'examen histologique pratiqué par Ch. Robin a montré, il est vrai, l'existence, dans la tumeur, de globes perlés, volumineux, mais ces caractères ne sont pas suffisants pour pouvoir accorder à cette observation l'épithète de kyste épidermique : il y a plus vraisemblablement lieu de songer à un cancroïde; c'est dans cette dernière catégorie, d'ailleurs, que le place M. Polaillon. (Art. *Main., Dict. encycl. des sc. méd.,* t. LVI, p. 147.)

J'ai trouvé dans la *Lancette anglaise* de 1860 (vol. I, p. 434) une observation intéressante d'Erichsen. Il est question d'un kyste survenu, chez un jeune homme, à la face palmaire de la main gauche; les antécédents et l'existence antérieure d'un traumatisme ne sont malheureusement pas indiqués. Cette tumeur était rénitente, grosse comme un petit marron, et n'avait aucune adhérence avec les tendons fléchisseurs; la paroi était très épaisse et le contenu était un liquide séro-sanguinolent (?). Il est difficile, faute d'autres renseignements plus précis, de déterminer la nature histologique de ce kyste, et nous n'avons pas cru devoir le ranger dans le groupe des kystes épidermiques.

J'ai également relevé, dans un ouvrage d'Annandale *(Diseases of fingers...)* paru à Édimbourg en 1865, trois cas de kystes des doigts, que M. Guermonprez cite comme kystes dermoïdes; rien n'est moins certain, aucun examen microscopique n'ayant été fait.

En 1866, M. Rizet publie, dans le *Bulletin médical du Nord,*

trois observations de tumeurs qui sont désignées dans les *Archives générales de médecine* de la même année sous le nom de tumeurs graisseuses, mais qui sont appelées par l'auteur, dans la *Gazette des hôpitaux* de 1881, des kystes dermoïdes. Nous nous attacherons quelque peu à discuter la valeur de ces observations, car c'est à Rizet que la plupart des auteurs font remonter la priorité de la découverte des kystes épidermiques de la main. Je m'empresse de dire qu'aucune de ces observations n'est accompagnée d'un examen microscopique, ce qui rend d'ores et déjà le diagnostic très douteux.

Dans la première, il s'agit d'une tumeur siégeant sur la face palmaire de la phalangette de l'indicateur gauche, tumeur à aspect nacré et dont l'incision permit d'énucléer « un corps étranger semblable à du suif, onctueux en certains endroits. en d'autres contenant *des grains durs* ». Les parois étaient assez épaisses, blanchâtres, très lisses. Rizet affirme bien que le kyste n'avait aucune connexion avec le tendon du fléchisseur profond, mais ce fait n'est pas suffisant pour écarter l'hypothèse d'un kyste péritendineux, d'un kyste synovial ou d'une autre tumeur du doigt, et pour affirmer l'existence d'un kyste épidermique dont nous ne retrouvons guère les caractères.

La même critique peut être adressée à l'observation II du mémoire; il s'agit d'un kyste de l'éminence thénar (main droite) situé profondément entre l'opposant du pouce et l'abducteur du même organe, « implanté entre les attaches inférieures et internes de ces deux muscles, » sans adhérence, il est vrai, avec eux. Le contenu est analogue à celui du kyste précédent : c'est une substance analogue à « du riz cuit», et, en certains points, « à du suif épais. » La paroi était très résistante. Nous le répétons, les caractères de ce kyste ne sont pas suffisamment nets et probants pour qu'il soit, en bonne

rigueur scientifique, possible de conclure en faveur de l'existence d'un kyste épidermique.

Enfin, dans la troisième observation, l'obscurité est plus grande encore : il n'y a pas eu d'intervention chirurgicale, pas même de ponction exploratrice. Il existait des kystes multiples, placés sur les parties dorso-latérales des articulations phalangiennes. La description est trop vague et trop incomplète pour permettre de porter un diagnostic clinique quelconque.

En résumé, les cas publiés en 1866 par Rizet ne sauraient être considérés comme des observations de kystes épidermiques, et c'est, à notre avis, une erreur que de faire remonter jusqu'à lui la première description de cette classe de tumeurs.

L'observation publiée par Muron en 1868 *(loc. cit.)* est plus précise; sous le titre : *Kyste dermoïde de la face palmaire de la main,* l'auteur décrit une tumeur kystique à contenu puriforme et à parois formées de lamelles superposées; ces lamelles sont constituées « par des cellules épithéliales aplaties, entremêlées de tissu conjonctif ». Nous reconnaissons le caractère incomplet de l'observation, où il n'est point fait mention des antécédents et de la profession du malade, et où l'examen microscopique est fort concis et assez vague; mais le seul fait de la présence de cellules épithéliales et de l'existence d'un contenu à aspect puriforme (apparence qui se rencontre dans certains kystes épidermiques), nous permet d'affirmer la nature épidermique de ce kyste.

Monory, dans sa thèse : *Tumeurs solides des doigts; symptômes, diagnostic, traitement* (Paris, 1873), passe absolument sous silence les kystes épidermiques.

En 1875, Gillette recueille, dans le service de Cruveilhier, l'observation d'une tumeur kystique de l'index gauche, de forme ovalaire, occupant toute la longueur de la deuxième

phalange, et d'une extrême dureté; il s'agissait, selon Gillette, d'un kyste sébacé « dont le siège était quelque peu insolite ». Malheureusement, cette intéressante observation n'est suivie d'aucun examen histologique; c'est à peine si l'auteur parle du « contenu mélicérique » de ce kyste. Aussi, regardons-nous, malgré ce dernier caractère, le cas de Gillette comme douteux.

Nous en dirons autant de sa deuxième observation, prise dans le service de B. Anger : il y est simplement noté que la tumeur offrait un contenu jaunâtre de consistance gélatiniforme.

Les deux cas de Billroth *(Chirurgische Klinik)* ne sont pas plus précis; ce sont deux simples citations d'athéromes de la pulpe des doigts sans commentaires, sans autres détails; nous ne pouvons, pour ces raisons, les considérer comme des exemples de kystes épidermiques.

Bachon parle, dans un mémoire inséré dans le *Recueil de médecine et chirurgie militaires*, de l'existence de certains kystes de la paume de la main, « qui paraissent être le résultat de l'hypertrophie d'un follicule sébacé » (!). Aucune observation de kyste épidermique n'est signalée dans ce travail.

Dans sa thèse sur *Quelques tumeurs de la paume de la main et des doigts* (Paris, 1879), Cosson signale une variété de kystes qu'il aurait observés, « développés au pourtour des articula-» tions, gardant ou ne gardant pas avec ces articulations » des points de communication..... Ces kystes sont tous » constitués par une membrane d'enveloppe dont la surface » extérieure se confond avec les tissus, et dont la surface » interne est de nature endothéliale. » Cet endothélium est constitué par « une seule couche de cellules plates, disposées » comme les pavés d'un carrelage et fort régulièrement..... » Ces cellules possèdent un noyau..... Le liquide contenu est

» tantôt citrin, tantôt trouble, opalescent... » (p. 24). Ces kystes, dont Cosson croit pouvoir faire un groupe à part, ne sont autres que des ganglions; la description qui suit cette citation prouve d'ailleurs le fait, et l'auteur s'empresse (p. 29) de déclarer qu'il n'existe à la paume de la main ni kyste dermoïde ni kyste sébacé.

Demay décrit en 1880, dans sa thèse (p. 71), l'observation d'une tumeur qu'il désigne sous le nom de « kyste épithélial corné », et qui n'est autre qu'un kyste épidermique. Ce kyste survint chez un homme âgé de quarante-quatre ans, à la suite d'une morsure faite par un chien au niveau de l'espace qui sépare le premier du deuxième métacarpien de la main droite. Un mois après cet accident, se manifesta une petite tumeur « faisant corps avec la peau, mais mobile sur les parties sous-jacentes », et qui augmenta peu à peu de volume. Cette tumeur fut extirpée quelques mois plus tard, et l'examen histologique révéla dans la paroi l'existence :

1° D'un épithélium pavimenteux stratifié à la partie externe et constitué par des cellules crénelées;

2° D'une zone très épaisse formée par du tissu épithélial corné, dont les couches les plus internes, desquamées, formaient au milieu du kyste une bouillie épaisse.

Le tissu conjonctif ne paraissait pas entrer dans la formation de la paroi. Le contenu consistait en « un liquide assez épais, filant et tenant en suspension des éléments organiques solides. » (?)

Il s'agit donc bien d'un kyste à paroi formée par les éléments entrant normalement dans la constitution de l'épiderme, d'un kyste épidermique.

L'observation V du même auteur (p. 73) prête davantage à la critique. Nous en donnerons brièvement le résumé :

M. X..., vingt-deux ans, reçoit à la partie dorsale de l'index droit, au niveau de l'articulation des deux dernières phalanges, un coup de baïonnette dont la pointe s'enfonce à une profondeur que X... ne peut indiquer. Quelque temps après, il s'aperçoit de la présence à la face palmaire, au-dessus de l'articulation de la phalangette, d'une petite tumeur qui, devenant peu à peu plus volumineuse et plus gênante, l'oblige à en demander l'extirpation; celle-ci est pratiquée; la tumeur est énucléée sans difficulté, et l'examen microscopique dénote la présence :

1° D'une couche externe formée par du tissu conjonctif fibrillaire interceptant des espaces comblés par une matière amorphe granuleuse, parsemée d'énormes noyaux;

2° D'une couche interne constituée par des cellules épithéliales pavimenteuses.

Six mois après l'opération, une nouvelle tumeur se manifeste à l'endroit même où existait la précédente. Énucléation. Il s'agit d'un kyste dont la paroi est formée extérieurement par un épithélium pavimenteux stratifié à cellules crénelées, munies d'un noyau volumineux, absolument analogues aux cellules de la couche de Malpighi; à la face interne, se montrent des couches colorées en jaune et formées d'un épithélium en voie de transformation cornée. Le centre de la cavité est rempli de débris épithéliaux provenant de la couche cornée; celle-ci présente, en certains points, des plaques épithéliales prêtes à se détacher. Léger épaississement du tissu conjonctif périkystique. Dans le tissu cellulaire ambiant, on constate une infiltration notable de cellules embryonnaires; les nerfs sont augmentés de volume, la paroi des vaisseaux est épaissie, les glandes sudoripares sont en pleine dégénérescence graisseuse.

Enfin, huit mois plus tard, il se manifeste une reproduction de la tumeur au niveau de la pulpe de l'index; le petit noyau est extrêmement douloureux et est le point de départ de tremblement du doigt avec contracture. Cette tumeur est détruite par l'application de potasse caustique. L'examen histologique n'a pu, par conséquent, être pratiqué.

Dans la longue et intéressante observation de M. Demay, la critique est fort délicate. La première tumeur est-elle un kyste épidermique? La figure 2 de la planche IV montre bien à la face interne de ce prétendu kyste une série de couches épithéliales très régulièrement accolées, qui ont absolument l'aspect d'un épithélium pavimenteux stratifié.

Mais la gravure n'a pas dû correspondre exactement à la réalité, car l'auteur n'admet pas l'existence d'un épithélium et affirme que cette couche « ne présente sur aucun point cet aspect si régulier qu'on observe généralement dans ce genre de tissu ». Il ajoute de plus que les fibres conjonctives qui forment l'enveloppe externe « envoient dans l'épaisseur de la couche interne des prolongements infiltrés de nombreuses cellules embryonnaires. » D'autre part, dans cette dernière couche, on remarque des îlots inégalement espacés, de 9 à 12 μ, « constitués par une matière amorphe, granuleuse, parsemée d'énormes noyaux » absolument analogues à ceux qui existent dans la zone externe.

En s'en tenant exclusivement à la description et aux figures de M. Demay, le diagnostic est bien embarrassant, les altérations signalées ne répondant à aucun type de tumeur connue. Nous croyons fort, pour notre part, qu'il s'est agi, dans cette observation, d'une tumeur solide à aspect kystique et non d'un kyste à proprement parler.

Au surplus, il n'est pas fait mention du contenu dans la description. Nous pensons que les cellules constatées à la face interne, mal figurées sur la planche, sont des cellules embryonnaires, et que les prétendus îlots à noyaux multiples, existant dans le tissu conjonctif et au pourtour de la couche interne, ne sont autres que des cellules géantes méconnues et mal représentées.

Cette opinion devient une certitude lorsqu'on étudie de près l'observation qui fait suite à la précédente et qui est intitulée : « Première récidive. » Cette récidive n'est pas constituée par la tumeur décrite sous le nom de kyste épithélial sous-cutané, — qui n'a rien d'analogue avec la tumeur primitive, au point de vue histologique, ce qui devrait exister s'il s'agissait d'une récidive, — mais bien dans les altérations qu'on rencontre

dans le tissu cellulaire sous-dermique et que M. Demay considère comme une transformation kystique des glandes sudoripares. « Les points occupés primitivement par les pelotons sudoripares, dit ce dernier, se sont transformés en kystes..... Si l'on examine un de ces points avec l'objectif 9 à immersion de Hartnack, on s'aperçoit qu'on retrouve là *une altération semblable à celle que nous avons constatée dans la première tumeur* (pl. II, fig. 5) ... Nous assistons dans cette récidive à la formation de *kystes semblables à celui qui constituait la première tumeur.....* » (P. 82.)

Or les altérations que M. Demay prend pour des dégénérescences kystiques de glandes sudoripares et qu'il figure planche II, figure 5, ne sont dues nullement à une « dégénérescence granulo-graisseuse des éléments de la glande ». M. Demay a mal vu à travers son microscope. Il n'y a aucune trace de cellules analogues à celles qui tapissent les acini et les canalicules des glandes susnommées; il n'existe aucun détritus granulo-graisseux, mais on y voit des éléments cellulaires à configuration très nette et qui sont: 1° des cellules embryonnaires très espacées, en très grand nombre, semblables à des cellules de sarcome encéphaloïde; 2° de grandes cellules contenant plusieurs noyaux dans leur intérieur et qui ne sont autres que des cellules géantes. On aperçoit aussi sur la coupe des fibres du tissu conjonctif dont certaines paraissent s'insinuer dans les interstices cellulaires. Nous trouvons là en un mot la constitution d'un *fibro-sarcome à cellules géantes,* cas très rare et qui a été signalé par Gross (de Nancy), Paquet (de Lille), par M. le professeur agrégé Ferré (de Bordeaux) et par nous-même; j'ajouterai que la configuration macroscopique de cette espèce de tumeur peut induire en erreur et faire songer à première vue à un kyste; l'examen microscopique est quelquefois nécessaire pour trancher la difficulté en mon-

trant que le contenu, purement cellulaire, est formé par des cellules embryonnaires et des cellules géantes.

Si donc M. Demay croit devoir établir une analogie entre les altérations que nous venons de passer en revue et celles de la première tumeur, nous conclurons :

1° Que la reproduction des coupes de la première tumeur (pl. IV) n'est pas suffisamment exacte;

2° Que la tumeur qui fait l'objet de la triple observation de M. Demay est un fibro-sarcome à cellules géantes — ce qui expliquerait les deux récidives à courte échéance de cette tumeur;

3° Qu'il faut complètement distraire de celle-ci le kyste épithélial sous-cutané signalé comme première récidive et qui reconnaît une pathogénie distincte (traumatisme);

4° Que ce kyste épithélial n'est autre qu'un kyste épidermique.

Nous n'insisterons pas sur la deuxième récidive puisque l'examen microscopique n'a pas été pratiqué; nous tenons pour gratuites les assertions de M. Gillet de Grandmont sur la constitution histologique de cette tumeur (p. 85).

La première observation vraiment consciencieuse du kyste épidermique est due à M. le Dr Troquart (de Bordeaux) et à notre savant maître M. le professeur agrégé Arnozan qui en a décrit les caractères histologiques. Les premiers, ils ont nettement affirmé la structure épidermique du kyste dont ils traçaient la description; ils ont créé, les premiers, le nom qui est resté à cette catégorie de kystes et qui, sans rien préjuger de leur formation pathologique, a le mérite d'indiquer nettement la constitution anatomique.

Dans l'observation de M. Troquart, le kyste apparut chez une femme âgée de quarante-cinq ans, exerçant la profession de journalière, au niveau de la pulpe de l'annulaire droit,

sans traumatisme antérieur. L'énucléation du kyste fut très facile vu le peu d'adhérences de la tumeur ; l'examen histologique démontra la présence unique dans la paroi kystique de cellules épidermiques très pressées les unes contre les autres. Les cellules les plus externes sont colorées en rouge ; les plus internes, en jaune et appartiennent nettement au stratum corneum. Le contenu — analogue à la matière sébacée — est formé par une vraie desquamation de ces dernières cellules, mais la partie centrale désagrégée dans l'alcool n'a pu être examinée, ce qui permet de douter de la présence exclusive de ces cellules dans la cavité kystique.

Le cas de Gibier est à peu près analogue. La tumeur siégeait à la face palmaire de la deuxième phalange de l'index droit. Elle avait le volume d'une noisette. Le contenu, de couleur blanchâtre, était formé par l'accumulation de cellules épithéliales plates sans noyau ; il existait quelques cristaux losangiques mais peu de graisse. L'enveloppe était formée par une gangue de tissu conjonctif recouverte à sa face interne par des cellules épithéliales tassées « comme celles qui forment les couches superficielles de l'épiderme cutané ». C'est bien là un exemple de kyste épidermique.

M. Rizet publie en 1881, dans la *Gazette des Hôpitaux,* trois observations de « kystes dermoïdes », dénomination qu'elles ne justifient guère.

La première a trait à un soldat qui avait exercé la profession de forgeron et qui travaillait le plus souvent de la main gauche. Quelque temps après une piqûre au niveau de la face palmaire de l'auriculaire gauche, apparut une tumeur qui, grossissant peu à peu, acquit le volume d'une noisette. Cette tumeur, extirpée, présenta à l'examen une paroi de trois millimètres, composée de fibres connectives et élastiques, ainsi que de cellules épithéliales. Dans ce kyste, existaient des cor-

puscules de graisse et des granulations. Une deuxième tumeur, dont le même individu était porteur dans le premier espace intermétacarpien, avait une enveloppe analogue, mais ne présentait à l'intérieur ni substance graisseuse ni granulations. Ce sont là des examens bien sommaires, et rien ne nous prouve exactement qu'il s'agisse d'un kyste épidermique. Dans la première tumeur cependant, la coïncidence de cellules épithéliales — dont la situation par rapport au tissu conjonctif et la nature ne sont pas indiquées — avec le détritus granulo-graisseux central nous font pencher vers cette hypothèse. Quant à la deuxième tumeur, nous ne saurions la considérer, faute d'examen précis, comme un kyste épidermique.

Les deux autres observations ne sont suivies d'aucun examen histologique, et n'ont aucun caractère distinctif, surtout la dernière (kyste à contenu pierreux), permettant de leur assigner une structure épidermique.

Reverdin, dans son *Étude sur les kystes épidermiques,* cite deux observations de Küster, parues à Berlin en 1882, et que nous n'avons pu nous procurer.

La première est désignée sous le nom d'athérome de la face palmaire du médius. La tumeur siégeait sur la deuxième phalange du médius gauche. On ne reconnaissait comme cause aucun traumatisme. L'examen histologique y décela l'existence « d'écailles épidermiques assez sèches et de cristaux de cholestérine ». S'agit-il d'un kyste épidermique ou bien d'un épithéliome pavimenteux perlé? Nous nous rangeons à cette deuxième hypothèse, les caractères assignés par Küster à cette tumeur étant plutôt ceux de l'épithéliome perlé (V. Cornil et Ranvier, Foërster, etc.), que ceux du kyste épidermique. Le mot *athérome* est, d'autre part, une dénomination impropre pour désigner ce genre de tumeur.

Küster cite un second cas d' « athérome » qui serait analo-

gue au premier et qui lui aurait été communiqué par le docteur Hahn. Aucun détail ne suit cette citation.

L'observation de M. Chavasse, publiée dans la *Revue médicale de l'Est* (1883), est un excellent exemple de kyste épidermique. La tumeur apparut chez un soldat, à la pulpe de l'index gauche, sans qu'aucun traumatisme pût être invoqué pour en donner l'explication. L'énucléation fut très facile. Une partie de la poche était pourtant adhérente au derme.

La tumeur a une surface lisse, des parois à aspect sain et une partie centrale formée par une bouillie granuleuse, épaisse, d'une couleur blanchâtre. Cette substance est formée par des cristaux de cholestérine, des amas de granulations graisseuses solubles dans l'éther, et des cellules épithéliales lamelliformes polygonales, isolées ou associées et pourvues d'un noyau ovoïde assez difficile à reconnaître. Le noyau se colore lentement en rouge par le picro-carmin, tandis que tout l'élément prend rapidement la teinte jaune de l'acide picrique. La paroi est formée par des lamelles concentriques dans lesquelles l'addition d'une solution de potasse permet de constater la présence de cellules épithéliales analogues à celles de la lame cornée de l'épiderme; à la périphérie, il existe quelques lambeaux de tissu fibreux.

Nous ferons remarquer l'analogie qui existe entre le contenu de ce kyste et celui qui existe dans la plupart des kystes sébacés. (V. chapitre : *Anatomie pathologique.*)

La Société pathologique de Londres nous fournit, en 1883, cinq observations de kystes de la face palmaire de la main, désignés sous le nom de « kystes sébacés ».

Le kyste présenté par M. Poland existait sur la face palmaire de l'annulaire, chez un homme de cinquante-neuf ans; M. Poland n'indique pas s'il était consécutif à un traumatisme : « Le kyste était rempli par des cellules épidermiques épaisses, mais

il n'y avait pas de sac distinct. » Le présentateur le considère comme sébacé. Nous lui préférons l'épithète d'épidermique, nous réservant de discuter plus loin l'origine ou, tout au moins, la constitution sébacée.

Dans la même séance, MM. Savage et Godlee citent : le premier une observation, le second, trois, de kystes analogues siégeant à la face palmaire des doigts; mais ces observations n'ont pour elles aucune confirmation histologique; aussi n'osons-nous les considérer comme absolument certaines.

M. Treves publie, la même année, dans le *British medical journal,* une observation encore dénommée « kyste sébacé » et ayant trait à un homme âgé de quarante ans, porteur depuis trois ans d'une tumeur kystique au niveau de la paume de la main, à peu près à la terminaison de l'éminence hypothénar et un peu au-dessous du pisiforme. L'énucléation a été, dit l'auteur, aussi facile que celle des loupes du cuir chevelu; il s'agissait « d'un kyste sébacé typique ». Je veux bien croire, puisqu'il paraît l'affirmer, que M. Treves a fait l'examen histologique de son kyste, mais les détails de cet examen ne sont pas indiqués, et il est impossible de tirer de cette observation des conséquences anatomiques et pathogéniques précises.

Il en est de même pour l'observation de M. Harvey, parue l'année suivante dans le même journal : kyste siégeant au niveau de l'éminence thénar de la main, survenu sans indication de traumatisme quelconque. Énucléation très simple. Le kyste avait une enveloppe très nette et présentait comme contenu une substance caséeuse, « cheesy-like matter ».

L'observation de Polaillon est, en revanche, un remarquable exemple de kyste épidermique. Le siège de la tumeur était à base de la première phalange de l'index droit; le volume était celui d'une amande; la peau était légèrement adhérente. L'extirpation permit de constater l'existence d'un kyste à parois

mesurant quelques millimètres de diamètre et à contenu « analogue à de la cire ramollie, blanchâtre, onctueux ». Il est à regretter qu'un examen plus complet de ce contenu n'ait pas été fait.

La coupe de la paroi permettait de constater une zone externe de nature fibreuse, revêtue à la face interne par un épithélium divisé en deux couches : la première formée de cinq à six rangées de cellules polygonales, crénelées, les plus internes à granulations d'éléidine, la seconde formée de cellules cornées.

C'est bien là un type de kyste épidermique, mais dont l'origine est fort vague : aucun traumatisme n'était indiqué comme cause. M. Polaillon lui donne le nom de « kyste dermoïde »; nous verrons plus loin à quoi nous en tenir à ce sujet.

Les observations publiées par M. le professeur Gross (de Nancy), dans son excellent *Mémoire sur les tumeurs perlées* (1885), et citées déjà par Micault dans sa thèse (1883), sont désignées par l'auteur sous le nom de « tumeurs perlées »; en réalité, ce sont de véritables kystes épidermiques. Ces observations sont suivies d'un examen histologique, très consciencieux, pratiqué par M. Baraban; nous y renvoyons le lecteur, nous contentant d'en donner un bref résumé.

Les deux kystes reconnaissent comme cause un traumatisme; *à l'endroit même où se produisit la piqûre, se manifesta le kyste* chez un malade, vingt-quatre ans après l'accident; chez l'autre cinq ans plus tard. Dans le premier cas, la tumeur présentait une zone externe conjonctive et une zone interne formée par des cellules cornées; le contenu consistait en cellules épidermiques desquamées, en granulations graisseuses et en cristaux de cholestérine. Dans le second cas, il existait à la périphérie quelques faisceaux de tissu conjonctif qui se détachèrent très facilement, et à la face interne des lamelles épidermiques de nature cornée; une rangée de cel-

lules malpighiennes entourait cette zone cornée. Un fait très important, et que M. Baraban a bien mis en relief, *était la continuité entre l'épiderme du doigt et les cellules qui formaient la paroi kystique*. « Les couches superficielles se continuaient sans ligne de démarcation avec la paroi même de la tumeur » (p. 8). Il se détachait, d'autre part, du corps muqueux de Malpighi une traînée cellulaire qui enveloppait la partie cornée de la paroi. Il est également à remarquer que ce prolongement malphigien, formé à son départ par une seule couche de cellules, était ensuite constitué au niveau de la tumeur par une quintuple couche de cellules. Le contenu consistait, comme dans la précédente tumeur, en cellules cornées, cristaux de cholestérine et granulations graisseuses. Si l'on songe qu'il existait au sommet de la tumeur un petit point noir, on verra combien cette tumeur se rapprochait macroscopiquement et microscopiquement des kystes sébacés,

Sous le nom de kyste dermoïde de la face palmaire de la deuxième phalange de l'index droit, Lalitte publie, en 1885, dans sa thèse, une importante observation du professeur Heydenreich (de Nancy). Le porteur de la tumeur était ajusteur et avait constamment le marteau à la main. Un jour où ce marteau était violemment appuyé contre la main, il ressentit une sensation de forte piqûre à la face palmaire de la deuxième phalange de l'index droit; le malade ne sut à quoi attribuer cette douleur; un mois plus tard se manifesta à cet endroit une petite tumeur qui continua à grossir petit à petit. Six à sept mois plus tard, à la suite d'un travail plus pénible, apparition d'une nouvelle tumeur à la partie latérale interne de la même phalange. Le diagnostic de kyste dermoïde fut porté par M. Heydenreich.

L'examen macroscopique permit de constater l'existence d'une seule tumeur, mais composée de deux parties : l'une

sphérique (première tumeur), la deuxième sous forme d'un prolongement anfractueux (deuxième tumeur).

Nous insisterons quelque peu sur la partie histologique, qui présente un grand intérêt.

Au niveau de la portion sphérique, le contenu est formé par des cellules épithéliales pavimenteuses, lamellaires pour la plupart. On ne constate point de graisse, bien qu'il existe des cristaux de cholestérine. Il eût été à désirer que, pour constater l'absence de graisse, on ne se fût pas borné à un examen superficiel, mais qu'on eût traité par l'éther et aussi par l'acide osmique « les petits corps ovoïdes à contours très réguliers, à contenu homogène et très réfringent », dont il est parlé dans l'observation.

La paroi kystique se compose d'une zone externe de nature conjonctive contenant quelques vaisseaux et d'une zone interne épithéliale rappelant la peau par sa structure, mais en différant par l'absence de papilles, de glandes et par les proportions relativement plus considérables de la couche cornée. En réalité, le kyste est entièrement de constitution épidermique.

Mais au point où le kyste communique avec son prolongement, sa structure se complique. L'aspect épidermique y devient encore plus net et, fait très important, on distingue nettement *des papilles*, contenant chacune un vaisseau et quelques-unes, des petits corps rappelant la *structure des corpuscules du tact*. D'autre part, on trouve dans la paroi des coupes de glandes sudoripares, mais il est difficile, d'après la description, de savoir si ces glandes se rapportent au kyste ou à la peau, ce qui serait plus vraisemblable, puisque le point d'abouchement du canalicule excréteur n'a pas été démontré dans le kyste. Quoi qu'il en soit, le kyste, à cet endroit, se compose de deux portions : 1° une portion épidermique interne; 2° une portion dermique externe. *Ce kyste a la structure de la peau.*

Quant au prolongement, on y distingue des cellules cornées appliquées contre une paroi de structure fibreuse.

Nous reviendrons, dans les chapitres suivants, sur cette intéressante observation.

J'ai relevé dans les *Bulletins de la Société pathologique de Londres* (1885) une observation fort curieuse due à M. Barker. Ce chirurgien montre une tumeur enlevée à la face palmaire de l'index. De semblables tumeurs se présentaient également sur cette même face palmaire. « Ces tumeurs étaient petites, kys- » tiques, contenant une substance sébacée, et étaient recou- » vertes par l'épiderme. Une coupe du kyste présentait une » couche de tissu fibreux, limitée par des cellules cubiques sur » lesquelles étaient disposées des cellules stratifiées, recouver- » tes par une couche cornée. Il n'y avait pas de papilles véri- » tables ni traces de follicules. La peau qui recouvrait la » tumeur était parfaitement normale. *Dans chaque cas, la for-* » *mation du kyste paraissait liée à un traumatisme...* »

Il s'agit là aussi de kystes épidermiques.

Le kyste décrit par Kirmisson (*in* Th. Lalitte) est bien lui aussi de nature épidermique. Son siège existait au niveau de la seconde phalange du médius de la main gauche. L'observavation est incomplète, car il n'y est pas fait mention des antécédents et de l'étiologie de la tumeur. L'examen microscopique permit de constater un contenu formé par des cellules épihéliales sèches, cornées, et par de la graisse, une paroi constituée : 1° par une zone épaisse de cellules cornées; 2° par un véritable corps muqueux de Malpighi; 3° par un substratum de tissu conjonctif « qui offrait par places, dans son épaisseur, une grande quantité de vaisseaux sanguins »; 4° par une capsule épaisse, résistante, formée de tissus fibreux.

Le malade était, au dire de Kirmisson, porteur d'une petite

tumeur dans la région parotidienne gauche, « probablement de même nature » (?) (1).

M. le professeur agrégé Villar (de Bordeaux) a communiqué, en 1886, à la Société clinique de Paris, une observation qu'il intitule : « Kyste à contenu sébacé de la face palmaire du petit doigt. » Il est noté dans les antécédents du malade un traumatisme ayant déterminé quelques plaies superficielles au niveau de la main gauche. Six ans plus tard, ce dernier s'aperçoit d'une tumeur siégeant à la racine du petit doigt et à la face palmaire. Le volume de la tumeur est celui d'une aveline. L'examen du contenu n'a pas été fait; mais il est noté qu'il consistait en « une matière épaisse, blanchâtre, présentant tous les caractères extérieurs de la matière sébacée qui s'échappe d'une loupe ». La *paroi n'était formée que par du tissu conjonctif;* pas la moindre trace de cellules de revêtement.

M. Villar reconnaît que la pièce a été examinée trop tard et qu'elle a séjourné trop longtemps dans l'alcool, ce qui a pu déterminer la chute de la couche épithéliale; mais je crois également que l'examen n'a pas été pratiqué d'une façon complète :

1° Ou bien les coupes n'ont pas été pratiquées en nombre suffisant sur toute la hauteur du kyste, et dans ce cas on aurait pu peut-être apercevoir en un point de la paroi une zone épithéliale, le reste du kyste étant formé par du tissu conjonctif [comme dans certains kystes dermoïdes de la queue du sourcil (Nicaise) et comme dans notre observation personnelle];

2° Ou bien les réactifs à la potasse et à l'acide acétique

(1) L'observation de M. le Dr Hirigoyen (*Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux,* 12 juin 1885) manque de trop de détails pour qu'il soit possible de la rapprocher des kystes épidermiques. (Tumeur de l'index de la main gauche chez un enfant; présence de matière puriforme.)

n'ont pas été employés, ce qui eût permis de mettre en relief l'existence possible de cellules épidermiques. Dans un certain nombre d'observations, il est, en effet, noté que la paroi a l'aspect fibrillaire ; mais une solution de potasse faisant gonfler les cellules, permet de diagnostiquer aisément la nature épithéliale de la paroi (V. obs. de Gross., examen de Baraban) ;

3° Il eût été bon de pratiquer l'examen microscopique du contenu pour y découvrir des cellules épidermiques.

Il est probable que le kyste de M. Villar était de nature épidermique (il serait difficile de s'expliquer autrement la substance sébacée qui en formait le contenu), mais nous ne pouvons l'accepter que sous toutes réserves.

Dans l'observation de MM. Guermonprez et Toison (1885), on observe un phénomène inverse ; il existe bien un contenu formé de cellules cornées sans poils, cristaux ni granulations graisseuses, mais il n'y a pas, dans la constitution de la paroi, de zone conjonctive, tandis qu'il existe un revêtement purement épithélial. Les cellules forment plusieurs couches rappelant exactement les diverses couches de l'épiderme, depuis le stratum malpighianum jusqu'au stratum corneum. — Je ferai remarquer que ce kyste s'est développé chez un individu âgé de vingt et un ans, exerçant la profession de forgeron, il est vrai, mais n'ayant jamais, au point où s'est manifestée la tumeur, reçu de traumatisme quelconque (phalange unguéale de l'index gauche).

Sous le nom de kyste dermoïde acquis, Poulet (du Val-de-Grâce) communiqua à la Société de chirurgie de Paris, en 1886, l'observation d'une tumeur développée chez un militaire à la suite d'un traumatisme. (Clou enfoncé dans la paume de la main exactement sur le trajet de l'arcade palmaire superficielle.) Le kyste se développa au niveau même de la cicatrice, quelques mois plus tard.

L'examen de la tumeur démontra l'indépendance absolue de la peau et du kyste; l'existence dans ce kyste d'un contenu formé « exclusivement par des cellules épidermiques typiques », et d'une paroi constituée : 1° par une couche conjonctive feutrée sans vaisseaux; 2° par une zone cellulaire analogue au stratum de Malpighi; 3° par une deuxième zone plus interne formée par des cellules cornées.

C'est encore là un kyste analogue à ceux que nous avons déjà passés en revue, un kyste à paroi épidermique.

M. le professeur Lannelongue (de Paris) cite aussi, sans autres détails, l'observation d'une tumeur perlée du volume d'un pois, rencontrée sur le cadavre d'un individu âgé, sous la peau de l'index, en arrière de l'articulation métacarpo-phalangienne (*Traité des kystes congénitaux*, p. 31). Cette observation n'est pas assez complète ni assez probante pour pouvoir la mettre au nombre de celles des kystes épidermiques.

En 1887, Reverdin (de Genève) fait paraître un long mémoire sur les kystes épidermiques des doigts; c'est incontestablement le travail le plus complet qui ait paru sur cette question. M. Reverdin passe successivement en revue l'étiologie, l'anatomie pathologique et la partie clinique de cette affection; il étudie d'une façon magistrale la pathogénie de cette classe de tumeurs, admettant, avec les professeurs Masse et Gross, la théorie de l'inclusion traumatique comme unique explication de la production de ces kystes; les idées du savant professeur de Genève nous ont paru quelque peu exclusives sur certains points : c'est ce que nous nous attacherons à discuter dans les chapitres suivants.

La partie historique est également traitée dans ce mémoire; mais M. Reverdin a eu, à notre avis, le tort d'accepter comme kystes épidermiques des tumeurs dont la nature épidermique

restait à prouver; je relève dans le nombre les observations de Rizet, de Gillette, de Godlee, de Savage, etc., qui n'ont pour elles aucune vérification histologique. M. Reverdin déclare qu'il lui suffit de voir relatée la présence dans la tumeur d'une masse onctueuse, sébacée, pour pouvoir affirmer la nature épidermique du kyste; ce simple caractère ne nous paraît pas entièrement probant. A cette liste d'observations, M. Reverdin en ajoute deux personnelles: la première ne reconnaît comme cause aucun traumatisme, elle présente les caractères macroscopiques d'un kyste épidermique (énucléation facile, contenu blanchâtre, sébacé, lamelles superposées constituant la paroi), mais aucun examen microscopique ne l'accompagne. La seconde a pour origine un traumatisme (coup de marteau sur la face dorsale du pouce gauche au niveau de l'interligne phalangien, ayant déterminé une plaie) et s'est développée à l'endroit même où s'était produite la contusion; l'examen histologique, fait par A. Mayor, a permis de constater l'existence d une gangue conjonctive sans traces de vaisseaux, de papilles ou de terminaisons nerveuses, revêtue à sa face interne par une série de couches cellulaires analogues à celles de l'épiderme; les cellules de Malpighi apparaissaient nettement à la partie externe, les grains d'éléïdine étaient manifestes au niveau des zones moyennes, et des cellules cornées étaient apparentes et nombreuses à la surface interne du kyste. Il s'agissait donc bien d'un kyste épidermique; c'est, d'ailleurs, l'épithète que lui réservent Reverdin et Mayor.

M. Villar présente, en 1887, à la Société anatomique de Paris, deux bonnes observations de kystes épidermiques.

La première est relative à un individu porteur de la tumeur à la paume de la main (au niveau de la dépression que limitent les masses adipeuses, correspondant aux troisième et

quatrième espaces interdigitaux). Il a été impossible à M. Villar d'avoir le moindre renseignement, au point de vue du traumatisme, sur cet individu, la tumeur ayant été une trouvaille d'amphithéâtre. Le kyste avait un aspect bilobé. L'examen histologique, pratiqué par M. J. Darier, permet de reconnaître dans la paroi : une zone fibreuse externe où il existe un réseau très riche de fibres élastiques et des cellules conjonctives, et une zone interne épithéliale : les cellules les plus externes appartenant au stratum de Malpighi, les plus internes étant cornées, et les moyennes formant une zone homogène, réfringente, représentant un stratum lucidum. Malgré l'adhérence qu'on constatait cliniquement entre la peau et le kyste, il n'existait histologiquement aucun pédicule; du tissu conjonctif lâche séparait la première du second. L'examen du contenu n'a pas été fait. M. Darier conclut ainsi : « On trouve, en somme, dans » ce cas, la structure d'un kyste sébacé vulgaire, structure qui » est la même que celle des kystes dermoïdes de la première » variété... » (P. 229.)

La seconde observation présente au point de vue histologique un grand intérêt. La tumeur s'était développée, chez une femme âgée de soixante-dix-huit ans, au niveau de la face palmaire de l'index droit, empiétant un peu sur la face interne ; « la malade n'accuse pas de traumatisme antérieur ayant porté sur le doigt. » L'extirpation fut faite rapidement par M. Villar avec la pince et la sonde cannelée. L'examen histologique fut pratiqué par M. le professeur agrégé Ferré.

Macroscopiquement, la tumeur se présentait sous forme d'une masse kystique mesurant environ deux centimètres de long, ouverte dans les deux tiers de sa longueur ; microscopiquement, *la portion fermée ne contenait sur sa face interne aucun revêtement épithélial;* elle était constituée par du tissu conjonctif dense contenant très peu de vaisseaux et présentant en cer-

tains points les lésions de la dégénérescence granulo-graisseuse; *cette dégénérescence était telle en certains endroits que la paroi était transformée en une espèce de tissu lacunaire,* où l'on trouvait des gouttelettes de graisse libre. — La portion ouverte se composait de deux parties : une partie de nature conjonctive externe, dont les couches moyennes subissaient la dégénérescence granulo-graisseuse et dont les couches internes possédaient par places de très petites papilles; et une partie interne de nature épidermique où l'on retrouvait le corps muqueux de Malpighi, le stratum granulosum et la couche cornée. M. Ferré n'a pas remarqué de cellules épidermiques subissant la dégénérescence sébacée; l'étude du contenu, il est vrai, n'a pas été faite; il eût été possible d'y rencontrer peut-être des cellules de cette nature. Il n'existait pas de sections d'orifices glandulaires. M. Ferré conclut que « ce kyste, d'après les caractères indiqués, paraît se rapprocher de la première variété de kystes dermoïdes établie par Lebert, variété maintenue du reste par MM. Cornil et Ranvier dans leur *Traité d'anatomie pathologique.* » (P. 594.) Nous reviendrons plus loin sur cette observation.

A propos d'un rapport de candidature lu à la Société anatomique de Paris (1887), M. Verchère cite un cas personnel de kyste épidermique siégeant sur la première phalange du médius. L'examen histologique, fait par M. Capitan, révéla l'existence d' « un kyste sébacé et comme contenu et comme paroi ». Pas d'autres détails. D'après M. Verchère, Schmidt (de Nancy) aurait, en 1886, publié, dans la *Revue médicale de l'Est,* une série d'observations analogues; me reportant à l'indication bibliographique, je n'ai pas trouvé le travail de M. Schmidt.

En 1888 (29 mai), M. Guillier présente à la Société médicale du VI[e] arrondissement de Paris un petit kyste de la face pal-

maire du médius de la main droite, qui avait toute l'apparence d'un kyste sébacé. L'absence de tout examen microscopique nous empêche de le regarder comme une observation probante de kyste épidermique.

L'observation de M. Jonnesco est une bonne observation de kyste épidermique. (*Bulletin Soc. anat. Paris*, 1889.) M. Jonnesco rapporte l'origine de la tumeur à un traumatisme; effectivement, le malade, exerçant la profession de distillateur, a eu au niveau de la paume de la main des plaies nombreuses superficielles à diverses reprises. Au niveau de l'une d'elles, il a remarqué l'existence d'une petite grosseur qui se développa lentement et graduellement. En mai 1888, M. le Dr Tuffier extirpa cette tumeur et M. Toupet en fit l'examen histologique. Les caractères macroscopiques étaient ceux d'un kyste sébacé; l'étude microscopique révéla dans la paroi de la tumeur l'existence d'une couche externe de structure conjonctive, sans traces de papilles ni de glandes, et de couches épithéliales analogues à celles de l'épiderme. Le contenu était formé par la désintégration des cellules cornées, siégeant à la face interne du kyste; il n'existait ni globules de graisse ni cristaux de cholestérine.

On n'y rencontrait pas non plus « les cellules claires, réfringentes, que l'on trouve dans les kystes sébacés ». C'est par ce dernier caractère que M. Toupet différencie ce kyste des kystes sébacés et en fait un kyste épidermique d'origine traumatique, « une entité morbide » (p. 941).

Au mois de février 1889, le professeur Reverdin publie une nouvelle observation de kyste épidermique dont l'examen histologique fut fait par A. Mayor. L'origine est ici également un traumatisme : en juin 1888, une femme se fit, en coupant de l'herbe avec une serpe, une blessure à la main; la plaie nette siégeait sur le bord interne du métacarpe de la main

gauche, au niveau de la partie moyenne du cinquième métacarpien. En décembre 1888, se développa, exactement sous la cicatrice, une petite tumeur arrondie, indolore, qui acquit peu à peu le volume d'un pois. L'extirpation fut pratiquée au commencement de janvier; l'examen microscopique montra que la coque kystique était de nature purement épithéliale; il n'existait aucun élément fibreux. Trois couches épithéliales constituaient la paroi : la couche externe, formée de cellules cubiques, polygonales, semblables à celles de la couche de Malpighi; une couche moyenne, formée d'éléments aplatis, la plupart dépourvus de noyaux; une couche interne cornée, dont les éléments desquamés constituaient le contenu kystique; il n'existait ni granulations graisseuses ni cristaux. J'ajoute que ce contenu avait macroscopiquement les apparences de la substance sébacée. Reverdin accorde l'épithète d'épidermique à ce kyste et relie sa production au traumatisme.

Les observations de MM. D. Mollière et Poncet, présentées à la Société des Sciences médicales de Lyon (mai 1888), sont dépourvues de tout contrôle histologique. La tumeur présentée par M. Mollière siégeait sur la pulpe du pouce d'une femme jadis opérée pour un panaris survenu à la suite d'une piqûre; il s'agissait d'un kyste à contenu d'aspect sébacé et qui, énucléé, présentait une paroi rappelant celle des kystes dermoïdes(?). A ce sujet, M. Mollière raconte avoir extirpé une autre petite tumeur chez une femme, développée sur l'index et qui présentait un contenu huileux.

M. Poncet a vu un kyste semblable développé sur la deuxième phalange du médius; le contenu était également huileux.

Il est fort regrettable que ces observations intéressantes (que les auteurs intitulent kystes dermoïdes) ne soient pas accompagnées d'un examen microscopique; on peut à peine

les ranger, surtout les deux dernières, dans la catégorie des kystes épidermiques.

Reverdin, dans l'article cité plus haut, rapporte deux cas observés par le professeur Trélat, mais dont je n'ai pu trouver la relation (1).

M. Verchère relate, au commencement de cette année, une deuxième observation de kyste à contenu sébacé du pouce; il existait, au dire de l'auteur, un traumatisme dans les antécédents, au niveau du pouce, ayant entraîné consécutivement un panaris. L'examen de la tumeur fait par M. Darier a montré qu'il s'agissait d'un kyste à paroi épidermique et que le contenu était formé par des cellules desquamées. Il serait, suivant M. Darier, artificiel de décrire séparément les kystes sébacés et les kystes épidermiques.

A la série des observations que je viens de passer en revue, je puis ajouter trois cas inédits, dont un personnel; les deux autres m'ont été gracieusement communiqués par M. le professeur Masse et par M. le Dr Dudon, chirurgien des hôpitaux, que je remercie très vivement de leur extrême obligeance.

Observation

Communiquée par M. le professeur Masse.

Homme, cinquante ans, négociant à Bordeaux, s'est aperçu, il y quatre ans, d'une petite tumeur dont il était porteur à la face palmaire du médius droit. Tumeur mobile sur les tissus sous-jacents, au-dessus de laquelle la peau glisse librement. Pas de douleurs, mais accroissement lent de la tumeur, qui est extirpée en 1887 par M. le professeur Masse.

M. Masse ponctionne la tumeur; il en sort un ruban de matière sébacée; cette tumeur était un kyste absolument semblable à un kyste sébacé, avec

(1) Reclus (*Manuel de Pathologie externe*, t. I, p. 287) cite un cas de kyste sébacé (épidermique) au niveau de la face palmaire de la première phalange de l'annulaire, extirpé par Trélat.

une paroi très nette et un contenu. L'examen microscopique de la paroi n'a pas été pratiqué, mais M. Masse a examiné le contenu, qui présentait des cellules épidermiques cornées, des globules de graisse et des cristaux de cholestérine.

Observation

Communiquée par M. le Dr Dudon.

Kyste épidermique de la face palmaire du médius droit.

Homme, quarante-cinq ans, cultivateur à Escource (Landes), ne peut fixer exactement sur l'origine du kyste, les manœuvres étant exposés à des plaies des doigts sans y porter grande attention.

Tumeur grosse comme une noisette à la face palmaire de la deuxième phalange du médius droit. Pas de douleur spontanée, mais gêne dans les mouvements et dans la préhension des outils. La tumeur est mollasse, mobile sous la peau épaisse du travailleur, excepté au sommet, au centre, où il y a moins de mobilité. La tumeur roule sur les parties profondes. Elle offre à son centre un point noir.

N'était l'absence de glandes pilo-sébacées dans la région, on croirait être en présence d'un kyste sébacé que la tumeur représente exactement.

Incision longitudinale, qui fait tomber sur une paroi blanche, épaissie; séparation facile de cette paroi d'avec la peau et les parties profondes, sur lesquelles le kyste glisse facilement. La gaine du fléchisseur est intacte, et la tumeur ne lui adhère nullement. Immobilisation sur une planchette. Pansement de Lister. Guérison par première intention. Mouvements du doigt normaux.

La poche kystique ouverte présente une paroi dense et un contenu blanchâtre, semblable à celui d'un kyste dermoïde.

Il est à regretter qu'un examen microscopique n'ait pas été pratiqué, pour qu'il fût possible de poser avec certitude le diagnostic de kyste épidermique.

J'ai recueilli dans le service de M. le Dr Dubourg, pendant mon internat à l'hôpital Saint-André, l'observation suivante

que j'ai déjà publiée en partie dans les Bulletins de la Société d'Anatomie de Bordeaux (1889) :

P... (François), âgé de cinquante-deux ans, employé au chemin de fer de la Compagnie d'Orléans, vient consulter, le 2 mars 1889, M. le Dr Dubourg (hôpital Saint-André, salle 10), pour une tumeur dont il est porteur au niveau de la main droite.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts à un âge avancé d'affection cardiaque. Deux frères bien portants.

Antécédents personnels. — P... a toujours joui d'une bonne santé. A signaler une luxation d'épaule il y a trente ans environ et des accès de fièvres intermittentes, il y a quelques années.

Pas de syphilis, pas de saturnisme, pas d'alcoolisme.

Histoire de la maladie. — Il y a trois ans, P... avait été chargé de transporter des panneaux de plaques tournantes dans une gare voisine de Bordeaux, lorsque un jour, en tombant, sa main droite vint à porter sur un morceau de bois planté en terre et qui s'enfonça dans celle-ci au niveau de l'éminence thénar. P... enleva lui-même la portion de bois implantée, mais, selon lui, une partie serait restée incluse dans les téguments. Il n'y eut point de suppuration et la plaie cicatrisa promptement.

Un an après, P... s'aperçut de la présence d'une petite tumeur, grosse comme un pois, au niveau de l'éminence thénar de la main droite, *à l'endroit même où il avait reçu le traumatisme*. Cette tumeur, d'ailleurs indolente, ne gênait en rien les mouvements de la main. Quelque temps après, P... passa comme ouvrier à la forge de la gare; chargé de tenir un marteau d'enclume, il affirme que le manche de celui-ci venait s'appuyer sur la face palmaire de la main droite au point même où siégeait la tumeur; dès lors, celle-ci augmenta assez rapidement de volume, mais sans déterminer chez lui la moindre souffrance ni la moindre gêne et acquit le volume d'une grosse noisette. Elle resta stationnaire pendant quelques mois et P..., ne la voyant pas diminuer de volume, se décida, sur le conseil de quelques personnes, à venir consulter dans son service M. le Dr Dubourg.

État du malade le 5 mars 1889. — Nous constatons au niveau de l'éminence thénar de la main droite une tumeur rénitente, indolore, mobile sur les tissus sous-jacents, ne participant nullement aux mouvements du pouce et paraissant indépendante de la gaine du long fléchisseur; la peau, légèrement violacée à sa partie supérieure, glissait librement au-dessus de la tumeur et ne paraissait pas avoir, à ce niveau, une épaisseur et une

consistance plus grandes que dans le reste de la main. Pas de ganglions axillaires.

Comme P... affirme qu'une portion de l'écharde qui s'était implantée dans les tissus était restée incluse, nous pensons à l'existence d'un kyste développé autour d'un corps étranger, et l'extirpation est immédiatement décidée et pratiquée; incision longitudinale, dépassant en haut et en bas les limites de la tumeur. On tombe sur une poche mollasse sous-cutanée, qui est saisie avec des pinces à griffes pour pouvoir en pratiquer la dissection et l'énucléation; mais à notre grande surprise, la tumeur s'énuclée d'elle-même sans qu'on ait eu besoin de disséquer les adhérences. M. Dubourg ponctionne la tumeur, qui était grosse comme un œuf de pigeon, et il en sort un ruban de matière blanchâtre, *absolument analogue à la matière sébacée,* striée de sang çà et là.

La plaie est lavée à l'eau phéniquée; trois points de suture sont appliqués. Pansement antiseptique et légèrement compressif.

P... vient nous voir trois jours après l'opération; les points de suture sont enlevés; deux jours plus tard la cicatrisation était parfaite.

Examen des appareils et des organes. — Négatif. P... n'est atteint d'aucun vice de conformation; il ne présente en aucun point du corps de tumeur analogue à celle dont il était porteur.

P... vient à l'hôpital le 10 septembre 1889; au niveau de la cicatrice il n'y a ni induration ni bosselure, aucun signe de récidive de la tumeur.

Examen de la tumeur : *Caractères macroscopiques.* — La tumeur que nous avons examinée, dépourvue de son contenu, a une forme ovoïde, légèrement chagrinée à sa face externe, lisse à sa face interne. Le diamètre de cette paroi est d'environ six à sept dixièmes de millimètre.

La tumeur mesure dans sa totalité :

Grand diamètre	1^{cm}4
Petit diamètre	0^{cm}8

On ne voit pas à la face externe d'arborisations vasculaires.

Poids de la tumeur. — 3 gr. 6.

Caractères microscopiques. — Une série de coupes ont été faites sur toute la longueur de la paroi kystique et perpendiculairement au grand diamètre de la tumeur.

Coupe I (extrémité supérieure de la tumeur), Objectif n° 2 (Verick). — Séries de zones alternativement rouges et jaunes; striation très nette surtout au niveau des zones rouges; en certains points de la paroi, il existe des lacunes comblées par des globules rouges et par des amas de granula-

tions très fines. Ces granulations existent aussi à la surface interne du kyste et appartiennent au contenu de la tumeur.

Objectif n° 6. — La paroi est formée par une série de couches stratifiées colorées en jaune et en rouge; mais ces stratifications ne sont pas exactement concentriques; une zone colorée en jaune se trouve intercalée entre deux zones colorées en rouge et *vice versa*. Les parties de la paroi colorées en rouge sont des fibres de tissu conjonctif typique; les portions colorées en jaune ont une striation longitudinale et une ondulation moins nettes que les zones à coloration rouge, mais elles appartiennent également au tissu conjonctif; la différence de coloration tient peut-être à un commencement de dégénérescence de ces fibres conjonctjves.

Il existe en différents points de la paroi, et très allongées entre les fibres, des cellules conjonctives. Il n'existe pas de fibres élastiques.

Nous n'avons pu distinguer des coupes de vaisseaux, mais il existe des vacuoles entre les lames conjonctives, de longueur variable et de forme ovalaire contenant des globules rouges; ces globules ne sont pas empilés et la plupart sont déformés; il existe en même temps des granulations très réfringentes qui paraissent être de nature graisseuse. Ces lacunes sont divisées en lacunes plus petites par des fibres de la paroi qui s'entre-croisent dans leur intérieur.

La face interne de la paroi est également formée par du tissu conjonctif; des granulations en nombre considérable tapissent cette face et appartiennent au contenu du kyste.

En un point assez limité, il est facile de distinguer une zone épithéliale renflée à son milieu et s'effilant sur ses parties latérales. Cette zone contribue à former la face interne du kyste et elle est enveloppée à sa partie externe par une gangue très fine de tissu conjonctif. Cette zone est formée par de l'épithélium pavimenteux stratifié; les cellules externes sont nettement crénelées et contiennent un gros noyau et un ou deux nucléoles; ces cellules sont les analogues des cellules malpighiennes de l'épiderme; à mesure qu'elles se rapprochent de la face interne et des parties latérales, elles s'effilent et il est impossible en certains points de distinguer leur noyau. A la face interne, elles forment deux ou trois couches de cellules aplaties, sans noyau, colorées en rouge, et analogues aux cellules du stratum lucidum.

Nous avons donc en un point de notre paroi kystique et contribuant à former une partie de la face interne une zone de nature épithéliale et de structure nettement épidermique.

Il n'existe pas de papilles ni de coupes de glandes sébacées. Nous n'avons pu distinguer de terminaisons nerveuses.

Coupe II. Objectif n° 6. — Même disposition que pour la coupe précédente, mais la zone épithéliale est ici bordée à la face interne par une bande très mince de coloration jaune qui va se confondre avec le tissu conjonctif voisin (stratum corneum?).

Il n'existe pas sur le pourtour du kyste d'autre zone épithéliale.

Coupe III. — Des fibres de tissu conjonctif passent au-devant de la zone épithéliale qui paraît diminuée d'étendue.

Coupe IV. — La paroi kystique est de nature conjonctive; il n'existe en aucun point de l'épithélium; il existe à la face interne quelques cellules qui semblent détachées, colorées en rose; l'une d'elles présente quelques granulations dans son protoplasma.

Coupe V. (Partie inférieure du kyste.) — La paroi kystique est uniquement formée par des fibres conjonctives.

Coupe VI. (Vers le milieu du kyste.) — Cette coupe a été traitée par une solution de potasse caustique (4 0/0), lavée à l'eau distillée, puis colorée au picro; sous l'influence de la potasse, l'épaisseur de la paroi a augmenté d'un tiers; il n'existe pas d'épithélium; les fibres conjonctives sont très nettes.

Coupe VII. — Traitée par l'acide acétique, lavée à l'eau distillée, puis colorée au picro. Rien de particulier à signaler, sinon que certaines parties de la paroi sont faiblement colorées.

Coupes VIII et IX. — Traitées par l'acide osmique (1 0/0), lavées à l'eau distillée, montées à la glycérine. La paroi a pris une coloration jaunâtre; les granulations qui existaient dans les lacunes et à la face interne du kyste sont colorées en noir. La coloration noire est telle en certains points qu'il est impossible de distinguer la forme des parties colorées.

Il existe des globules non colorés et brillants qui ne sont autres que des globules rouges.

Objectif n° 7 (Leitz). — Sur la coupe IX nous avons pu distinguer quelques cellules aplaties, sans noyau, à contours peu réguliers et chargées de granulations colorées en noir, détachées de la paroi interne du kyste; ces cellules sont analogues à celles qu'on trouve dans le contenu des kystes sébacés.

Examen du contenu (1). — L'examen chimique n'a pu être fait assez tôt, le contenu étant altéré lorsqu'on a voulu le soumettre aux expériences.

(1) Ni pendant l'opération, ni pendant l'examen du contenant et du contenu de la tumeur, nous n'avons pu constater la présence de la prétendue partie de l'écharde qui serait, après ce traumatisme, restée incluse sous la peau.

L'examen microscopique nous a révélé l'existence, à la face interne du kyste, d'un détritus granulo-graisseux, de globules rouges et de gouttelettes huileuses de petit volume; quelques fibres conjonctives détachées de la paroi, mais ne paraissant pas avoir subi de dégénérescence, font en certains endroits partie du contenu.

Les réactions à l'acide osmique (voir examens des coupes VIII et IX) nous ont révélé la nature graisseuse du contenu et ont rendu apparente l'existence de quelques cellules épithéliales en voie de dégénérescence.

Je n'ai pu rencontrer dans le contenu de cristaux de cholestérine, ce qui est dû vraisemblablement à la mise prolongée de la tumeur dans l'alcool.

Depuis notre communication à la Société d'Anatomie de Bordeaux, nous avons étudié de nouvelles coupes pour nous rendre compte de la formation du détritus granulo-graisseux qui existait dans les vacuoles de la paroi et dans le contenu kystique et pour chercher l'explication de la présence des globules rouges dans cette tumeur.

Nous avons pu nous convaincre que le détritus granulo-graisseux avait une double origine; il provenait :

1° *De la dégénérescence des cellules épidermiques* qui constituaient une partie de la paroi; la présence de ces cellules dans la partie du contenu qui était restée adhérente à la face interne du kyste était suffisamment probante à cet égard; les cellules offraient les caractères indiqués plus haut (coupes IV et IX); elles présentaient nettement des granulations dans leur intérieur.

2° *De la nécrobiose des fibres conjonctives* entrant dans la constitution de la paroi. Ce fait, difficile à démontrer en certains points, était évident en d'autres. Cette dégénérescence se manifestait à la face interne du kyste et dans l'épaisseur même de la paroi; en ces derniers points, on voyait nettement, au niveau des lacunes, des fibres se charger de granulations graisseuses très fines, faciles à mettre en relief au moyen de l'acide osmique. Ces lacunes se trouvaient donc

formées par une destruction des fibres conjonctives en ces points, et par l'existence consécutive du détritus granulo-graisseux.

Quant à l'explication de la présence des globules rouges, il est impossible de songer à l'existence de vaisseaux sans parois propres dans la paroi; il est très probable que l'incision de la paroi kystique, pendant l'opération, a permis l'entrée dans la poche des éléments sanguins, ce qui rendrait compte de leur présence dans le contenu. Si l'on songe, d'autre part, que les lacunes signalées dans la paroi communiquaient pour la plupart avec le contenu, et quelques-unes avec l'extérieur, on peut admettre qu'il s'est fait une infiltration des globules rouges du sang, pendant l'opération, dans la paroi kystique.

En résumé, le kyste dont nous venons de tracer la description clinique et histologique est un kyste qui, très vraisemblablement, a reconnu pour origine le traumatisme signalé par le malade. Ce kyste a été l'objet, vu le métier exercé par ce dernier, de pressions continues et répétées qui ont accéléré sa marche; puis, sous une influence dont nous tâcherons plus loin de déterminer la nature, est resté stationnaire pendant quelques mois, jusqu'au moment où le malade est venu réclamer une intervention chirurgicale. C'est bien là un cas classique de kyste consécutif à un traumatisme, et qu'on peut rapprocher des observations de Gross, Reverdin, etc.

D'autre part, c'est un kyste épidermique, puisque l'épiderme entrait dans la constitution de la paroi. Mais il y a ici une anomalie : la majeure partie de cette paroi était constituée par du tissu conjonctif, sous forme de cellules, et surtout de fibres tassées les unes contre les autres et donnant l'aspect d'un fibrome cornéen. Le lambeau épidermique tapissait une partie de la face interne du kyste et n'atteignait pas le fond de ce dernier. (Coupe V). Enfin, il existait un contenu

constitué par des cellules épidermiques cornées, assez rares, et par un magma granulo-graisseux provenant de la nécrobiose de ces dernières et des fibres conjonctives de la paroi.

Nous verrons au chapitre suivant quelle explication il convient de donner de l'existence du contenu dans les kystes de ce genre.

Résumé. — Nous avons pu recueillir dans la littérature médicale 44 ou 45 observations de kystes épidermiques; mais un grand nombre d'entre elles ne sont accompagnées d'aucun examen histologique permettant d'affirmer exactement leur structure épidermique.

Le triage que nous avons opéré nous a donné :

1° *24 cas certains de kystes épidermiques* (avec examen histologique). Ce sont les observations de Muron (1), Demay (2), Troquart (1), Gibier (1), Rizet (1), Chavasse (1), Poland (1), Polaillon (1), Gross (2), Heydenreich (1), Barker (1), Kirmisson (1), Guermonprez et Toison (1), Poulet (1), Reverdin (2), Villar (2), Verchère (2), Jonnesco (1), Labougle (1).

2° 10 observations non accompagnées d'un examen histologique, mais dont la description macroscopique fait pencher vers l'existence d'un kyste épidermique. Ce sont celles de Savage, Godlee, Treves, Harvey, Villar (1885), Reverdin, Guillier, D. Mollière, Masse, Dudon.

3° 10 ou 12 observations où les détails sont trop peu précis et trop incomplets pour être citées comme exemples de kystes épidermiques (Rizet, Gillette, Billroth, Lannelongue, etc.)

4° 2 observations de Küster qui, à notre avis, doivent être distraites du groupe des kystes épidermiques et être rapprochées de ces tumeurs que Cornil et Ranvier désignent sous le nom d'épithéliomes perlés; nous aurons l'occasion d'en reparler.

DEUXIÈME PARTIE

Description anatomo-pathologique des kystes épidermiques de la main.

Nous diviserons l'étude anatomo-pathologique des kystes épidermiques de la main en deux parties. Dans un premier chapitre, nous exposerons les caractères macroscopiques et microscopiques que présentent ces tumeurs ; dans un deuxième, nous tâcherons, en nous fondant sur la description anatomique, de déterminer la classe de kystes à laquelle il convient de rattacher ceux qui font l'objet de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

§ I. — Caractères macroscopiques.

Les kystes épidermiques de la main présentent, à étudier leur siège, leur nombre, leur volume, leur forme, leur consistance, l'aspect macroscopique du contenant et du contenu.

Siège. — Le siège des kystes épidermiques de la main existe au niveau de la face palmaire. Le seul cas de kyste épidermique siégeant à la face dorsale est de Reverdin (1); il existe aussi un cas de Blum, que l'auteur cite comme kyste sébacé, mais qui n'a pas pour lui la confirmation histologique. (*In* Polaillon, *Chirurgie du doigt,* Paris, 1884, p. 170.)

Les kystes épidermiques sont aussi fréquents du côté droit que du côté gauche; il y aurait, pourtant, une légère prédominance du côté droit. Les auteurs ont souvent négligé, dans leurs observations, d'indiquer le côté de la main où existait la tumeur, de sorte qu'une statistique parfaite ne saurait être donnée.

C'est surtout au niveau des doigts que siègent les kystes :

Doigts.....	23 cas.
Paume de la main.....	9 —

en y comprenant les observations de Savage, Godlee, Treves, Harvey, Dudon, etc. Sans faire entrer ces dernières en ligne de

(1) Les observations de Nélaton (*loc. cit.,* 2e édit., Paris, 1884, VI, p. 1048) ne sauraient être considérées comme des exemples de kystes épidermiques, faute de détails suffisants et d'examen d'histologique.

compte, et en nous basant sur les 24 observations accompagnées d'un examen histologique :

Doigts.....	17 cas.
Paume de la main.....	7 —

Les doigts qui sont le siège des kystes épidermiques sont, par ordre de fréquence : l'index, le médius, le pouce, l'annulaire et l'auriculaire. L'index de la main droite est plus fréquemment atteint que celui de la main gauche. Quant aux phalanges, le degré de fréquence est établi comme suit : deuxième phalange, troisième phalange, première phalange. Dans un cas (Reverdin), le siège du kyste existait au niveau de l'interligne articulaire (pouce main gauche).

A la paume de la main, sur 7 observations, l'éminence thénar a été atteinte une fois; l'éminence hypothénar une fois; l'espace compris entre les deux éminences, cinq fois.

Les kystes épidermiques siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané; ils sont, à la paume de la main, sus-aponévrotiques, sauf dans le cas de Poulet, où il existait un petit prolongement sous-aponévrotique. Ils sont, d'ordinaire, indépendants de la peau; une couche lâche de tissu cellulaire les sépare du derme; pourtant, l'existence antérieure d'un traumatisme ayant entraîné une cicatrice, ou bien une inflammation de voisinage, peuvent déterminer des adhérences de la tumeur au derme (Chavasse, Gross, Poulet, etc.). La continuité de la paroi kystique avec l'épiderme est extrêmement rare (1 cas de Gross).

Il est également rare d'observer des adhérences de la tumeur avec les parties profondes, soit avec l'aponévrose sous-jacente, soit avec les tendons. Une inflammation légère du tissu conjonctif périkystique permet, seule, d'expliquer les quelques adhérences que l'on a observées au niveau des tendons fléchis-

seurs, la tumeur ne pouvant pas être considérée comme une dépendance du tendon ou de sa gaine synoviale.

D'une façon générale, le kyste épidermique est, en quelque sorte, isolé dans le tissu cellulaire sous-cutané, relié qu'il est par quelques minces travées conjonctives aux parties ambiantes; cette notion anatomique explique son énucléation facile, notée dans la plupart des observations, et établit pour nous un excellent caractère distinctif de cette classe de tumeurs.

Nombre. — Le kyste épidermique est, le plus souvent, unique chez le même sujet. Nous nous sommes expliqué, plus haut, sur la valeur de l'observation de Rizet (kystes multiples des phalanges). Il n'existe guère que l'observation de Barker (V. *Historique*) dans laquelle plusieurs kystes se seraient présentés à la face palmaire de la même main.

La coïncidence d'un kyste épidermique de la main avec une tumeur de même nature, siégeant en un autre point du corps, reste encore à prouver plus complètement (1 cas de Gibier opéré par Desprès).

Volume. — Le kyste épidermique n'atteint jamais un grand volume; il varie de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette. Le volume qu'il acquiert d'ordinaire est celui d'une amande ou d'une aveline.

Le kyste s'accroît lentement, et, après avoir acquis un certain volume, il peut rester stationnaire dans son évolution. Nous croyons pouvoir expliquer ce phénomène par le peu de vitalité des parois, privées, le plus souvent, de vaisseaux sanguins, et par la dégénérescence dont sont frappés les éléments internes de la paroi kystique. Le peu d'extensibilité dont jouissent, surtout au niveau des doigts, les parties molles sous-cutanées, l'épaisseur de la peau qui, quelquefois, est

notable au niveau du kyste, la compression à laquelle se trouve parfois soumise la tumeur, sont autant de causes qui doivent également entrer en jeu dans la production de ce phénomène ; cette hypothèse se trouve confirmée par la forme que prennent, dans certains cas, les kystes de la main.

Forme. — L'aspect du kyste épidermique est variable : tantôt il affecte une forme sphérique, surtout lorsqu'il siège au niveau de la troisième phalange ; tantôt, et le plus souvent, il prend une forme oblongue, même au niveau de la face palmaire (Obs. personnelle). Dans certains cas, le volume des deux extrémités de la tumeur peut être inégal. Au niveau des doigts, l'axe de l'ovoïde est parallèle à l'axe même des phalanges, la tumeur ayant plus de facilité pour se développer dans le sens longitudinal que dans le sens transversal.

Des prolongements de la tumeur ont été cités : prolongements latéraux (2 cas), prolongement sous-aponévrotique (1 cas).

Consistance. — La consistance diffère suivant la quantité du contenu, suivant l'état de réplétion du kyste, suivant l'épaisseur de la paroi. Dans certains cas, le kyste peut être assez dur pour en imposer pour une tumeur solide ; dans d'autres, il offre un degré variable de résistance ; le plus souvent la tumeur est mollasse ; sa consistance est alors analogue à celle d'un kyste sébacé.

Poids. — Le poids n'a été noté dans aucune observation, sauf la nôtre ; nous l'avons trouvé égal à $3^{gr}6$. Il varie évidemment avec le volume de la tumeur et la nature du contenu.

Aspect macroscopique du contenant et du contenu. — Lorsqu'on a ponctionné le kyste et qu'on a exprimé son contenu,

la paroi se présente avec une épaisseur et un aspect différents, suivant les tumeurs; tantôt celle-ci est très mince, paraissant se confondre avec le contenu, à tel point que certains auteurs ont essayé de nier son existence (1), tantôt, au contraire, relativement épaisse et pouvant dépasser deux millimètres de diamètre. Entre ces deux extrêmes, on trouve tous les intermédiaires; il serait, pour ce fait, difficile de donner de l'épaisseur de la paroi une moyenne à peu près constante, le tissu conjonctif pouvant entrer en quantité plus ou moins grande suivant les cas dans la constitution de cette paroi.

La coloration de la paroi kystique est également très variable : tantôt jaunâtre, tantôt grisâtre, tantôt blanche, elle affecte, dans certaines tumeurs, un aspect nacré, et c'est pour ce dernier fait qu'on a cru, poussant un peu loin la subtilité des distinctions, pouvoir établir une différence entre le kyste épidermique et la tumeur perlée (Chavasse).

La face externe est variable suivant l'existence ou la non-existence des adhérences de la paroi; elle est quelquefois chagrinée ou même bosselée (obs. personnelle), d'autres fois lisse. La face interne est d'ordinaire lisse et unie dans toute son étendue. Dans des cas rares, elle peut présenter une saillie, un éperon (Heydenreich), proéminent dans la cavité.

Le diamètre de la paroi est le même sur toute la hauteur de celle-ci; mais dans certaines circonstances, l'épaisseur peut varier et ces variations sont dues à des changements dans la constitution histologique de la paroi. (Heydenreich, Villar.) L'aspect lamelliforme de la paroi existe assez fréquemment (Gross, Chavasse, etc.).

Le contenu a toujours l'aspect de la matière sébacée; ce fait, noté par tous les auteurs qui ont cité des observations de

(1) « Ce sont des tumeurs enkystées, sans membranes d'enveloppe proprement dite... » (Micault, th. Nancy, 1883-1884, p. 23.)

kystes épidermiques, est un des caractères distinctifs de cette classe de tumeurs. Reverdin en fait même un signe pathognomonique. Ce contenu se présente sous la forme d'une bouillie granuleuse de coloration tantôt jaune, tantôt blanchâtre, dans certains cas semblable à du suif, striée quelquefois de sang; mais, selon nous, la présence du sang serait due à l'introduction des éléments sanguins pendant l'intervention opératoire, lorsqu'on incise la poche kystique. Nous avons vu que D. Mollière et Poncet ont observé des kystes de la main à contenu huileux, mais l'absence d'examen microscopique ne nous permet d'admettre que sous toutes réserves l'existence d'un contenu huileux dans les kystes épidermiques de la main. Le fait est pourtant possible, les kystes dermoïdes et sébacés d'autres régions du corps — qui offrent avec les kystes épidermiques beaucoup de ressemblances — présentant quelquefois un contenu analogue.

La dégénérescence calcaire a été notée : mais on ne la trouve signalée que dans une observation de Rizet qui ne saurait être, ainsi que nous l'avons vu plus haut, considérée comme un exemple de kyste épidermique. Il n'a jamais été rencontré, dans le contenu ou implantés sur la paroi, de poils, d'ongles ni de dents.

§ I. — Caractères microscopiques.

L'étude générale microscopique des kystes épidermiques de la main a été faite jusqu'ici d'une façon bien incomplète. Reverdin écrit à peine quelques lignes à ce sujet dans son mémoire (1887). Lalitte se fonde sur un cas particulier (Heydenreich), pour tracer une description générale. Micault n'étudie qu'une variété de kystes épidermiques, sous le nom de tumeurs

perlées, et il est ainsi impossible de voir, dans son chapitre d'anatomie pathologique, une étude générale de la question.

Le travail de Gross est sans contredit le meilleur et le plus important; mais le savant professeur a eu surtout pour but l'étude des tumeurs perlées dans le reste de l'organisme, et il s'est plus particulièrement occupé de leur pathogénie. La description d'ensemble des kystes épidermiques de la main reste donc à faire au point de vue microscopique.

Ainsi que nous l'avons admis précédemment, il y a lieu de considérer, dans le kyste épidermique, l'étude du contenant et du contenu; nous maintiendrons cette division en exposant les caractères histologiques.

Contenant. — La paroi kystique peut se présenter sous deux aspects bien différents :

Ou bien la coque kystique est exclusivement constituée par plusieurs rangées de cellules cornées, aplaties, tassées sur elles-mêmes;

Ou bien elle est formée par la peau avec tous ses caractères (épiderme avec ses diverses couches, derme avec ses papilles, ses corpuscules du tact, etc.).

Mais ce sont là deux formes extrêmes, très rares, et entre lesquelles on trouve tous les intermédiaires.

Nous étudierons tout d'abord les formes simples et nous remonterons ensuite vers les structures plus compliquées, en tâchant d'établir, chemin faisant, un type histologique à peu près constant.

I. *a)* La paroi est uniquement formée par les cellules cornées. Il n'en existe que deux cas : ceux de Troquart et de Poland; encore ce dernier eût-il gagné à être l'objet d'une description plus précise. Les cellules se présentent avec tous les caractères du stratum corneum; elles se colorent en

jaune par le picro, les plus externes en rose; elles n'ont pas de noyau; elles sont tassées sur elles-mêmes sous forme de lamelles concentriques dont il est nécessaire de mettre en évidence la structure histologique au moyen de l'acide acétique ou de la potasse.

b) Ces cellules cornées peuvent être enveloppées à leur partie périphérique par une mince gangue de tissu conjonctif. (Chavasse.)

II. *a)* A un degré plus élevé, il s'adjoint à cette couche cornée plusieurs rangées de cellules crénelées munies d'un noyau et d'un nucléole très apparents, représentant la couche muqueuse de Malpighi (cas de Demay, obs. IV).

b) Quelques lambeaux de tissu conjonctif peuvent servir de substratum à ces rangées cellulaires (un cas de Gross).

III. *a)* La transition est plus complète entre le stratum corné et le stratum de Malpighi (deux cas : Reverdin, 1889; Guermonprez et Toison). On y voit les couches entrant normalement dans la constitution de l'épiderme. La couche de cellules à éléidine est très nette.

b) Ces éléments cellulaires s'entourent d'une gangue conjonctive entrant dans la constitution même de la paroi kystique et bien distincte du tissu cellulaire ambiant. C'est là de beaucoup le cas le plus fréquent : sur *24 observations,* nous en trouvons *15* où cette structure se trouve clairement indiquée. L'épaisseur de la gangue est variable, suivant les cas, depuis une trame mince (Demay, obs. V) jusqu'à une enveloppe épaisse (Heydenreich, — Rizet); elle se présente sous forme de fibres conjonctives pressées les unes contre les autres, interceptant quelquefois entr'elles des cellules conjonctives aplaties elles-mêmes et allongées suivant l'axe des fibres. Cette gangue conjonctive peut prendre l'aspect d'un fibrome cornéen.

D'autre part, l'épaisseur relative des couches épidermiques est variable, la couche cornée étant d'ordinaire la plus épaisse.

Les fibres élastiques font d'ordinaire défaut; on ne les a guère rencontrées que dans 3 ou 4 observations.

Un fait remarquable à signaler est l'absence à peu près constante de vaisseaux dans la gangue conjonctive. Ce fait, très important, explique la vitalité minime des kystes épidermiques, la dégénérescence habituelle de leurs éléments à la face interne de la paroi, et les altérations nécrobiotiques que présente parfois le tissu conjonctif de cette même paroi (Villar, Labougle).

C'est surtout dans les observations où l'on voit la portion périépidermique du kyste prendre les caractères du derme qu'existent les vaisseaux; dans le cas de MM. Villar et Ferré (1887), on voit le tissu conjonctif se disposer en certains points sous forme de papilles extrêmement fines, et on constate quelques arborisations vasculaires.

Cette observation sert de transition naturelle vers le cas d'Heydenreich, où existe la structure la plus compliquée de la coque kystique. La gangue conjonctive est devenue le derme proprement dit, avec des papilles munies de vaisseaux, avec des corpuscules du tact, avec des coupes de glandes sudoripares [1]. La couche épithéliale est un véritable épiderme normal.

Il résulte de la description histologique que nous venons de tracer, que le type à peu près constant de la paroi est constitué par l'épiderme et par un substratum plus ou moins épais de tissu conjonctif; trois ou quatre cas font seuls exception à la règle : soit, en effet, que le kyste ait évolué trop vite et n'ait

[1] Nous nous sommes expliqué déjà sur l'existence de ces glandes (V. *Historique*). Nous renvoyons d'ailleurs à ce chapitre pour tous les détails complémentaires.

pu se constituer une enveloppe conjonctive, soit que cette gangue trop mince se soit, au cours de l'opération, détachée du reste de la paroi, on pourra ne trouver la coque kystique qu'uniquement formée par l'épiderme, et si ce dernier a perdu sa vitalité par pauvreté ou par arrêt de la circulation périphérique, si sa nutrition n'a pas été suffisante, il se passera ce qui se manifeste normalement pour les couches superficielles de l'épiderme : les cellules épithéliales subiront la transformation cornée (Troquart).

Mais nous avons supposé jusqu'ici que la face interne de la paroi kystique était tapissée dans toute son étendue par l'épiderme; on ne saurait considérer ce fait comme absolu. Nous avons vu (ch. *Historique*) que, dans l'observation de MM. Villar et Ferré, la partie la plus profonde du kyste était absolument dépourvue de couche épithéliale; j'ai indiqué également, dans mon observation, la présence, en un seul point, de la paroi, d'une zone épidermique, le reste de la coque kystique étant formé par du tissu conjonctif. Ce sont là des cas importants qu'il est logique de rapprocher de ceux que M. Nicaise a étudiés et sur lesquels il a appelé l'attention en 1883.

Je terminerai cette étude histologique de la paroi en disant que jamais, dans les observations, il n'a été noté l'existence ou les rudiments d'un follicule pileux, de productions osseuses ou dentifères dans cette paroi.

Contenu. — Le contenu est essentiellement formé par des cellules épidermiques cornées; ces cellules sont ordinairement dépourvues de noyau, et se présentent sous un aspect lamelleux; examinées au microscope sans être traitées par les réactifs, elles sont transparentes; sous l'influence du picrocarminate, elles se colorent en jaune. Il est quelquefois possible de mettre le noyau en évidence chez certaines d'entr'elles.

Il en est qui présentent des granulations dans leur intérieur, granulations que l'acide osmique colore en noir; ces cellules subissent donc la dégénérescence granulo-graisseuse. Ces cellules proviennent, en effet, de la face interne cornée de la paroi kystique : celle-ci se desquame et les cellules tombent dans la cavité kystique. Tantôt les cellules constituent à elles seules le contenu, tantôt elles se présentent au milieu d'un détritus granulo-graisseux, au milieu de gouttelettes de graisse et de cristaux de cholestérine. La présence exclusive des cellules cornées dans le contenu a été notée un bon nombre de fois; mais je crois que les auteurs n'ont pas toujours suffisamment recherché la présence de la graisse dans le contenu : on ne voit jamais signalé l'emploi de l'acide osmique, rarement celui de l'éther pour dissoudre les granulations; la tumeur est restée quelquefois longtemps conservée dans l'alcool qui a pu fausser les résultats de l'examen histologique; le contenu n'a été, dans certains cas, examiné qu'en partie et à la périphérie (Troquart), la partie centrale étant pourtant susceptible de présenter des altérations plus notables.

Quoi qu'il en soit, il est certain que, dans quelques cas, les cellules cornées constituent seules le contenu; on les voit alors pressées les unes contre les autres comme dans certains kystes sébacés (grains de mil) et ces pressions se traduisent par des empreintes, par des crêtes rectilignes sur leurs faces.

Lorsqu'elles se présentent dans le contenu avec des granulations, elles peuvent varier de nombre, à tel point qu'il est quelquefois assez difficile de les apercevoir, soit qu'elles soient en réalité peu nombreuses, soit, et plus vraisemblablement, qu'elles aient subi déjà la dégénérescence granulo-graisseuse et la fonte moléculaire. (Obs. personnelle.)

Les granulations sont de nature graisseuse, ce qu'indiquent leur solubilité dans l'éther et leur coloration noire sous l'in-

fluence de l'acide osmique. Dans certaines circonstances, les granulations sont tellement fines qu'elles forment des amas dont les détails de structure ne peuvent être perçus qu'à l'aide de forts grossissements et qui se colorent en masse par l'osmium. Ces granulations peuvent exister, non seulement dans le contenu, mais encore dans l'épaisseur de la paroi même (Villar, Labougle) et en étudiant les lacunes où elles se trouvent logées, — lacunes qui communiquent parfois (obs. personnelle) avec la cavité kystique — on peut se rendre compte de leur formation. Nous avons vu en effet (v. *Historique*) que le tissu conjonctif et que l'épithélium de la paroi pouvaient prendre part à leur formation et que ces phénomènes devaient être attribués à la nécrobiose de ces éléments. Ce sont d'ordinaire les cellules épidermiques qui, en dégénérant, se désagrègent et contribuent à former cette bouillie granulo-graisseuse.

Les cristaux de cholestérine ont été remarqués dans un certain nombre d'observations, avec leur configuration microscopique (prismes rectangulaires obliques aplatis); si, souvent, ils font défaut dans le contenu, c'est que la tumeur est restée pendant un certain temps dans l'alcool; témoin l'observation de Gross (*Tumeurs perlées*, p. 7) où les cristaux, visibles à l'état frais, ne purent être aperçus après la mise de la tumeur dans l'alcool.

Nous nous sommes déjà expliqué sur la présence du sang dans le contenu et nous avons vu quelle hypothèse il convenait d'en donner.

Ce sont ces variations, ces différences de formation du contenu qui donnent à celui-ci un aspect, une coloration distincts suivant les cas.

Au cours de cette description anatomo-pathologique et à la fin de mon chapitre sur l'historique, j'ai cru devoir réserver les

deux cas signalés par Küster en 1882; je ne saurais en effet les considérer comme des exemples de kystes épidermiques. Bien que la description de l'auteur allemand soit peu précise et manque de détails, j'ai pensé que ces tumeurs « formées d'écailles épidermiques assez sèches et de cristaux de cholestérine » devaient être rapprochées non des kystes épidermiques — car il n'est signalé ni poche kystique ni contenu — mais bien de certaines tumeurs perlées de l'iris et des néoplasmes que Cornil et Ranvier désignent sous le nom d'épithéliomes pavimenteux perlés. Ce serait là un rapprochement de plus à faire entre les kystes des doigts et ceux de l'iris.

La transformation du kyste épidermique en néoplasme malin n'a jamais été observée; nous signalons sa possibilité, les kystes dermoïdes, qui ont avec lui les plus grandes analogies, étant susceptibles de donner naissance à des épithéliomas, à des sarcomes, à des carcinomes encéphaloïdes. (Hæschl, Cornil et Babinski, Czerny, etc.)

CHAPITRE II

Dans quelle classe de tumeurs convient-il de ranger les kystes épidermiques de la main?

Les nombreuses dénominations qu'on a cru devoir accorder aux kystes épidermiques traduisent parfaitement la divergence d'opinions des auteurs sur la constitution et l'origine de ces tumeurs (épithéliome perlé, kyste sudoripare, kyste épithélial corné, kyste sébacé, kyste dermoïde, etc.). La classification de ces kystes est-elle donc si difficile qu'elle entraîne une semblable confusion?

C'est en nous fondant sur les caractères anatomiques que nous avons assignés à ces néoplasmes, que nous tâcherons de résoudre la question.

En premier lieu, y a-t-il lieu d'assimiler les kystes épidermiques aux épithéliomes pavimenteux perlés décrits par Förster, Cornil et Ranvier, etc.? Nous ne le pensons pas.

Sous le nom d'épithéliomes perlés, on désigne de petites tumeurs enkystées sous la peau, dans le tissu osseux, dans les méninges, etc., constituées par des lamelles épidermiques cornées, tassées les unes contre les autres, au milieu desquelles on rencontre des paillettes brillantes de cholestérine.

Leur section est sèche, opaque, blanchâtre, légèrement miroitante.

Il n'existe pas de vaisseaux à leur périphérie, ce qui explique sans doute leur momification.

Il existe assurément entre ces tumeurs et les kystes que nous décrivons des analogies, mais non pas une ressemblance

parfaite. Un caractère important qui différencie complètement les kystes épidermiques et les épithéliomes perlés est la présence d'une poche kystique et d'un contenu ; nous ne saurions rien trouver de semblable chez ces derniers. La présence d'une couche de Malpighi, de cellules à éléidine, d'une gangue conjonctive entrant le plus souvent dans la constitution même de la paroi sont autant de signes distinctifs. Aussi n'adoptons-nous pas la théorie de Micault, — basée sur un nombre trop restreint d'observations — qui fait du kyste épidermique un globe épidermique volumineux, fait que ne justifient nullement ses caractères anatomiques et les cas cites par l'auteur. La seule observation qui pût prêter à controverse est celle de M. Troquart; mais l'auteur a bien soin de nous dire qu'il existait « une coque assez dure renfermant un contenu »; on ne saurait donc identifier un kyste avec une tumeur solide. C'est pour ces raisons que nous avons cru devoir rejeter l'expression de tumeur perlée (*Perlgeschwülste* de Virchow) accordée par quelques auteurs aux kystes épidermiques des doigts, et qui prête à confusion.

Pourtant, les rapports histologiques qui relient les kystes épidermiques à l'épithéliome perlé, nous permettent de faire de celui-ci une tumeur voisine du premier ; c'est pour ce motif que nous avons cru devoir lui donner le nom que lui avait autrefois attribué Rothmund : *épidermoïdome*, épithète bien préférable à celle d'épithéliome pavimenteux perlé, car, outre que ce néoplasme n'a pas absolument tous les caractères du globe épidermique de l'épithélioma lobulé, il ne présente nullement, comme ce dernier, une tendance à s'accroître et à se généraliser.

Le kyste épidermique est-il un kyste sudoripare? Sans vouloir anticiper sur le chapitre de la pathogénie, nous pouvons

affirmer, au point de vue anatomique, que cette hypothèse ne repose sur aucun fondement. Le premier qui l'ait formulée est Demay. Nous avons vu plus haut de quelles erreurs était entachée sa description. Nous n'y reviendrons pas. M. Chavasse a soutenu également cette opinion, mais sans preuves à l'appui.

Je dois bien dire que la pathologie de l'appareil sudoripare est encore assez obscure; mais les notions que l'on a pu acquérir depuis quelques années sur ce sujet suffisent pour distinguer les deux ordres de kystes. L'hydropisie kystique des glandes sudoripares (Verneuil) ne saurait être assimilée au kyste épidermique : l'épithélium qui tapisse le kyste est pavimenteux; on ne distingue pas de cellule cornée; le contenu est transparent, filant ou bien jaunâtre et rappelant la synovie; on reconnaît, du reste, très bien les circonvolutions formées par les tubes excréteurs de la glande malade et les dilatations kystiques que ses culs-de-sac présentent çà et là. Le polyadénome sudoripare (Verneuil, Broca) est encore moins comparable; il ressemble trop à un épithélioma lobulé pour être rapproché du kyste épidermique.

Les hydradénomes éruptifs, décrits tout récemment par MM. Jacquet et Darier, ne sauraient avoir rien de commun avec les kystes épidermiques. Outre que les caractères cliniques sont suffisamment distinctifs, l'examen microscopique vient lui-même trancher les différences; ces kystes, en rapport avec des boyaux cellulaires, représentent un point de ces boyaux dilaté. Leur paroi est formée par des cellules épithéliales aplaties et placées concentriquement. Au centre, il existe un bloc irrégulier de matière brillante. Cette substance appartiendrait par ses réactions aux substances celluloïdes. On ne saurait donc établir d'analogie.

Le kyste épidermique appartient-il à la classe des kystes sébacés ou des kystes dermoïdes?

La distinction des kystes sébacés et des kystes dermoïdes de la première variété est en vérité bien subtile. Cornil et Ranvier, M. le professeur Coyne (*Pathologie externe* de A. Bouchard) rangent ceux-ci à côté des premiers et leur assignent une structure histologique analogue; on ne saurait effectivement trouver entre eux des différences assez tranchées pour faire de chacun d'eux une description particulière, et les objections que l'on a formulées ne reposent sur aucun fondement bien sérieux. Robin n'avance-t-il pas que les « kystes sébacés ne sauraient être confondus avec les kystes dermoïdes, les premiers étant d'origine et de structure glandulaire, les seconds étant, au contraire, de structure cutanée? » Les glandes sébacées ne sont-elles pas d'origine épidermique? et si elles sont le fait d'une invagination normale de l'épiderme, les kystes dermoïdes ne sont-ils pas consécutifs, eux aussi, à une invagination anormale?

Nous considérons donc les kystes dermoïdes (de la première variété de Lebert) et les kystes sébacés comme ayant une structure histologique similaire (1); examinons si les kystes épidermiques peuvent leur être assimilés.

Reverdin croit devoir séparer les kystes épidermiques des kystes dermoïdes; la seule raison qu'il formule est la suivante : les premiers ne présentent jamais dans leur contenu les diverses productions que l'on rencontre chez ces derniers : poils, ongles, etc.; leur paroi n'offre jamais dans sa constitution des glandes sébacées, des glandes sudoripares, des papilles, etc. Cette distinction repose sur une double erreur : 1° il existe une variété de kystes dermoïdes qui n'offrent jamais de poils, d'ongles, de dents, etc., et dans lesquels la paroi est uniquement formée par l'épiderme et par une gangue

(1) La seule différence est l'existence du conduit glandulaire dans les kystes sébacés.]

conjonctive; 2° la présence de papilles a été notée dans deux observations de kystes épidermiques.

D'autres auteurs se sont fondés sur l'absence de cellules sébacées dans le kyste épidermique pour lui enlever toute analogie avec les kystes de ce nom; mais n'existe-t-il pas un groupe spécial de kystes sébacés, désignés sous le nom de loupes cornées, dans lesquels le contenu est exclusivement composé par des cellules cornées et dans lesquels la paroi forme une simple membrane d'enkystement avec très peu de vaisseaux?

On s'est également basé, pour faire du kyste épidermique une entité morbide, sur l'absence « de ces cellules claires, réfringentes que l'on trouve dans les kystes sébacés; on n'y trouve pas non plus des globules de graisse sur des cristaux de cholestérine » (Jonnesco). C'est encore là une erreur. Il suffit de lire notre observation pour se convaincre du contraire et de se reporter aux observations de Gross, Chavasse, etc.

On a cru devoir encore mettre en avant la nature du contenu pour différencier ces deux espèces de kyste. Cette objection n'est d'aucune valeur; il est impossible de donner du contenu d'un kyste sébacé, d'un kyste dermoïde, une description absolue, constante. La nature de ce contenu est susceptible de variations nombreuses. Dans certains kystes sébacés, le contenu est exclusivement corné (grains de mil, loupes cornées); dans d'autres, il est formé à la fois par des cellules et par des granulations graisseuses; dans d'autres enfin, les granulations graisseuses l'emportent sur le nombre des cellules incluses dans la cavité. Nous retrouvons toutes ces variétés dans les kystes épidermiques.

Pour compléter les ressemblances, j'ajouterai qu'il existe des kystes dermoïdes où la gangue périkystique est tapissée à sa face interne par ces cellules cornées, sans trace aucune

de cellules crénelées (cas de Gironde). Les cas de Chavasse et de Gross sont à rapprocher de ces observations.

Nous croyons donc pouvoir assimiler les kystes épidermiques aux kystes sébacés, aux kystes dermoïdes de la première variété. Ils présentent la même structure et sont susceptibles, comme eux, des mêmes variations dans la constitution de la paroi et dans la nature du contenu. Comme eux, ils offrent, dans la majeure partie des cas observés, une paroi conjonctive doublée à sa face interne d'une couche épithéliale de nature épidermique (1); ils ont un contenu à aspect identique et formé par les mêmes éléments. Que si, poussant plus loin les analogies, nous les comparons aux kystes dermoïdes de la deuxième variété, nous trouvons encore des ressemblances (cas d'Heydenreich), l'observation de MM. Villar et Ferré pouvant servir de transition entre les deux variétés de kyste.

La structure anatomique du kyste épidermique dont j'ai donné la description et celle du kyste étudié par MM. Villar et Ferré établissent encore des liens plus étroits entre cette variété de tumeurs et les kystes dermoïdes. Nicaise a décrit, en 1881 et en 1883, des kystes dermoïdes « dont la membrane enveloppante pouvait ne présenter la structure de la peau que dans une partie de son étendue, le reste étant formé par une simple membrane cellulo-fibreuse » (kyste dermoïde canaliculé du plancher de la bouche, kystes dermoïdes de la queue du sourcil). C'est exactement la structure indiquée dans les kystes épidermiques précités. Kirmisson signale également une disposition analogue dans un kyste dermoïde de la queue du sourcil extirpé par lui à l'hôpital Necker.

Il serait donc malvenu d'établir entre la structure anatomique des kystes dermoïdes et sébacés et celle des kystes

(1) Le professeur Lannelongue (de Paris) et plusieurs autres auteurs ont observé la présence de l'éléidine dans des kystes dermoïdes sous-cutanés.

épidermiques des distinctions subtiles que l'examen histologique ne saurait justifier.

Les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer nous ont permis d'établir, chemin faisant, le diagnostic anatomique différentiel des kystes épidermiques. J'ajouterai, pour terminer ce chapitre, que l'aspect macroscopique du kyste induit quelquefois en erreur; nous avons été nous-même victime de cette erreur en extirpant un jour, avec M. le Dr Cassaët, une tumeur pour laquelle nous avions porté le diagnostic clinique de kyste épidermique. La tumeur enlevée était mollasse, finement chagrinée à sa face externe, de forme ovalaire, et son aspect macroscopique nous confirma dans ce dernier diagnostic; mais nous ne ponctionnâmes point la tumeur, préférant garder les rapports du contenant et du contenu au moment de l'examen microscopique. La tumeur durcie, nous en pratiquâmes des coupes, et nous pûmes constater à première vue qu'il existait une paroi et un contenu blanchâtre; la dureté de celui-ci nous inspira pourtant quelques doutes; l'étude microscopique les confirma : il s'agissait d'un fibro-sarcome à cellules géantes (1). L'examen microscopique est donc toujours nécessaire pour affirmer l'existence d'un kyste épidermique, les caractères macroscopiques ne pouvant donner que des signes de probabilité, et les caractères cliniques n'ayant qu'une valeur très minime.

Nous ne nous arrêtons pas à la discussion du diagnostic anatomique entre les hygromas, les ganglions et autres tumeurs kystiques de la main, qui n'ont que des rapports de ressemblance très éloignés avec les kystes épidermiques.

(1) L'observation de cette intéressante tumeur se trouve consignée dans les *Bulletins de la Société d'Anatomie de Bordeaux* (11 novembre 1889).

TROISIÈME PARTIE

Pathogénie des kystes épidermiques de la main.

La pathogénie des kystes épidermiques de la main a été et est encore vivement discutée. Les considérations dans lesquelles nous sommes entré au sujet de la classification de ces tumeurs a déjà montré les divergences des auteurs; la diversité des théories est ici plus accusée. Demay et Chavasse soutiennent l'origine sudoripare; Küster penche vers la théorie sébacée; Poulet fait de ces tumeurs des kystes dermoïdes acquis; Reverdin, Gross, etc., relient leur existence au traumatisme, un lambeau cutané se trouvant entraîné, sous l'influence de ce dernier, sous le derme et donnant, en végétant, naissance à un kyste; Lalitte, Guermonprez rejettent le traumatisme et concluent en faveur de la congénialité des kystes.

En réalité, le nombre des théories peut se réduire. Les kystes dermoïdes acquis de Poulet sont les kystes épidermiques traumatiques de Gross, Masse, Reverdin, l'auteur admettant la même origine et la même formation physiologique que ces derniers. La théorie sudoripare ne saurait entrer en ligne de compte pour les raisons énumérées dans le chapitre précédent : le kyste épidermique n'est pas anatomiquement

un kyste sudoripare. La théorie sébacée s'élimine d'elle-même, puisqu'il n'existe pas de glandes sébacées au niveau de la paume de la main. Il ne reste donc en présence que les théories de Reverdin et de Lalitte, que nous allons examiner. Je tiens auparavant à faire justice de quelques hypothèses qui ont été mises en avant pour l'explication de ces kystes.

Küster a paru admettre l'existence de glandes sébacées aberrantes à la paume de la main ; c'est ce qui semble ressortir de la bizarre proposition suivante : « ... On sait que la face palmaire de la main ne possède ni poils ni glandes sébacées ; cependant, celles-ci doivent se présenter çà et là isolées, comme ces observations le montrent (V. *Historique*) ; ces glandes aberrantes deviennent d'autant plus facilement malades qu'à la paume elles sont exposées à des traumatismes fréquents. » Nous répondrons :

1° Les observations dont parle Küster ressemblent si peu à des kystes épidermiques ou sébacés, que nous avons été obligé d'en faire un groupe à part.

2° La théorie de Küster est une hypothèse qui ne repose sur aucun examen ; les coupes de la paume de la main que nous avons étudiées à ce propos ne nous ont jamais révélé l'existence d'une seule glande sébacée.

3° Dans les observations de kystes épidermiques, on n'a jamais noté l'existence d'un canal excréteur allant s'ouvrir au niveau de la peau, — fait en contradiction avec les descriptions anatomiques des kystes sébacés. (V. Chandelux, *Province médicale,* 1887, n° 6, p. 83.)

Dans les observations de Godlee et de M. Dudon, il est signalé l'existence d'un point noir sur la peau, au niveau de la tumeur. Ce point noir correspondait-il à un pertuis? Nous l'ignorons, aucun examen microscopique n'ayant été pratiqué. Ce point noir est également noté dans l'observation

de M. Gross (Obs. II, p. 6). C'est effectivement un orifice au niveau duquel l'épiderme du doigt se continue avec la paroi de la tumeur. Mais ce fait anatomique ne saurait en rien détruire nos objections contre la théorie sébacée; nous croyons pouvoir expliquer ce pertuis par l'action du traumatisme, ainsi que nous le verrons plus loin.

Nous ne nous attacherons pas à discuter longuement l'opinion de M. Whitaker Hulke formulée au cours d'une discussion à la Société pathologique de Londres, d'après laquelle le traumatisme aurait entraîné sous les téguments une glande sébacée. Il faudrait, d'après cette théorie, — comme l'a fait judicieusement observer Reverdin — que le traumatisme fût double, et qu'une autre partie des téguments fût intéressée, pour expliquer la pénétration d'une glande sébacée sous la peau de la face palmaire de la main. Or, pareil fait n'a jamais été noté.

La théorie de l' « hétérotopie plastique » de Lebert ne saurait être invoquée ici; il faudrait admettre la transformation des cellules du tissu conjonctif en cellules épidermiques (loi de Virchow). Ce serait une hypothèse trop commode, et d'ailleurs aucune preuve de cette transformation ne pourrait être donnée dans le cas qui nous occupe.

Nous arrivons enfin à la théorie traumatique et à la théorie dermoïde congénitale.

Pour plus de facilité et plus de clarté dans la discussion, nous examinerons d'une part la pathogénie qu'il convient d'accorder aux kystes qui sont bien réellement consécutifs à des traumatismes, et nous verrons, dans une deuxième partie, s'il est logique d'accepter la même origine pour ceux qui sont indépendants de toute action traumatique.

D'après notre statistique, reposant sur 24 observations suivies d'examen histologique, nous relevons :

Kystes consécutifs à des traumatismes. — 10 cas certains; ce sont ceux de : Demay (2), Rizet (1), Gross (1), Barker (1), Poulet (1), Reverdin (2), Jonnesco (1), Labougle (1).

Nous pouvons leur adjoindre l'observation I de Gross, qui est moins probante; le malade avait reçu, *vingt-quatre ans auparavant,* un traumatisme au niveau du pouce droit. Comme la tumeur s'est développée à l'endroit même où s'était présentée la blessure, il est peut-être logique de relier le traumatisme à la production du kyste. Nous considérons aussi le second cas de Demay (Obs. V) comme consécutif au traumatisme de la première opération..

Le total serait donc de 11 cas. Soit : 45,84 0/0.

Kystes indépendants d'un traumatisme avec plaie. — 13 cas. Ce sont ceux de Muron (1), Troquart (1), Gibier (1), Chavasse (1), Poland (1), Polaillon (1), Heydenreich (1), Kirmisson (1), Guermonprez (1), Villar (2), Verchère (2). Soit : 54,16 0/0.

Sur les 10 observations non accompagnées d'examen microscopique, que nous avons considérées comme cas probables de kystes épidermiques, nous relevons :

Kystes consécutifs à un traumatisme avec plaie. — 2 cas (Villar, 1885, D. Mollière).

Kystes indépendants d'un traumatisme. — 8 cas (Savage, Godlee, Treves, Harvey, Reverdin, Guillier, Masse, Dudon).

Ces considérations posées, étudions les kystes dans l'observation desquels se trouve noté un traumatisme.

1° Kystes épidermiques consécutifs à un traumatisme. — Lalitte et Guermonprez, qui se sont faits les champions de la théorie dermoïde, ont vivement attaqué l'origine traumatique des kystes épidermiques.

Une des premières objections formulées par Lalitte est l'absence de blessures dans les observations qu'il a recueillies dans les auteurs. M. Lalitte n'a sans doute pas assez cherché, car les cas de Demay, de Rizet, de Barker et de Gross étaient publiés avant le mois de juillet 1885. (Th. Nancy, p. 39.)

Une seconde objection est fort curieuse : « Pour qu'au moment de la blessure une portion de peau épaisse comme celle des doigts soit introduite sous le derme, il faut que la plaie soit assez considérable, ce que permettraient difficilement les dimensions du doigt. » *A priori,* cette objection n'a pas beaucoup de valeur; mais, pour rester sur le terrain de l'expérimentation, je répondrai que j'ai produit sur le cadavre nombre d'invaginations cutanées sous-dermiques, sans pour cela déterminer de plaies considérables.

La dernière objection est la suivante : des cellules épidermiques enfouies sous les téguments ne pourraient donner naissance qu'à des cellules identiques à elles-mêmes; elles ne pourraient reproduire la peau avec tous les organes qui la composent. Nous sommes de l'avis de M. Lalitte, mais il suffit que les cellules épidermiques prolifèrent et forment un kyste pour que nous ayons un kyste épidermique, ce dernier n'ayant pas besoin d'avoir une structure cutanée (épiderme et derme), pour être un kyste épidermique. Les objections de M. Lalitte tombent d'elles-mêmes.

Les critiques de M. Guermonprez ne sont guère plus solides. M. Guermonprez reconnaît l'influence du traumatisme sur la production des tumeurs perlées de l'iris; mais tenter une analogie avec les doigts est pour lui chose impossible : « Pour l'iris, dit cet auteur, il s'agit bien de greffes épidermiques, tandis que pour les kystes des doigts et de la main, la présence de la *couche dermique de Malpighi* a été maintes fois constatée dans la paroi de ces cavités. » Je ferai remarquer à M. Guermonprez que, jusqu'ici, la couche de Malpighi a été décrite

comme appartenant à l'épiderme, et que le derme n'a jamais été considéré comme un tissu épithélial. J'ajouterai, en outre, que, dans les kystes épidermiques de l'iris produits expérimentalement par M. le professeur Masse, la couche de Malpighi existait dans certains cas. (*Kystes de l'iris, ...* 1886, p. 90.)

Enfin, M. Guermonprez a recours, pour combattre la théorie du traumatisme, à l'observation suivante, qui ne saurait constituer une objection sérieuse : il s'agissait d'un fragment d'épiderme resté inclus dans les téguments depuis quinze ans et qu'on aurait retrouvé, au cours de l'incision d'un phlegmon développé à ce niveau, sous la forme d'une lame blanchâtre, enroulée sur elle-même, mesurant environ deux centimètres carrés; malgré cette inclusion, aucun kyste ne se serait formé.

La réponse est facile; même en admettant les rapports du traumatisme avec l'inclusion de ce fragment d'épiderme, même en supposant qu'aucun kyste ne se soit développé, nous ne saurions voir, dans cette observation, un argument contre toutes les expériences qui ont été entreprises pour soutenir la théorie du traumatisme; le fragment d'épiderme inclus ne s'est pas trouvé dans des conditions de vitalité suffisantes pour former un kyste. C'est la seule conclusion qui découle logiquement de l'observation de M. Guermonprez. Si des cellules cornées ont été entraînées sous le derme, il leur était impossible de se développer et de former, par conséquent, un kyste; si à ces cellules cornées se trouvaient adjointes des cellules de la couche de Malpighi, celles-ci ont pu subir une dégénérescence telle qu'il ne leur était pas possible de proliférer.

Quant à prétendre, avec MM. Lalitte et Guermonprez, que si le traumatisme a une action quelconque, cette influence se manifeste en activant l'évolution d'un kyste dermoïde latent, c'est tomber dans le domaine de l'hypothèse pure; nous ne nous y arrêterons pas.

La théorie traumatique repose sur des preuves autrement solides, car elle est basée sur l'expérimentation même.

Pour démontrer que les kystes épidermiques consécutifs à des traumatismes reconnaissent comme origine ces traumatismes, il faut résoudre deux problèmes :

1° Un traumatisme déterminant une plaie sur une surface cutanée peut entraîner dans les parties profondes des lambeaux d'épiderme.

2° Ces lambeaux épidermiques ainsi inclus peuvent donner naissance à des kystes et à des kystes épidermiques.

Ces deux propositions se trouvent vérifiées par l'expérimentation. Poulet avait déjà constaté qu'un clou enfoncé dans les téguments entraînait avec lui une partie de la peau. J'ai constaté moi-même, sur le cadavre, qu'en employant des corps divers, je réussissais toujours à enfouir sous le derme, sous les aponévroses, dans les muscles, suivant la violence du traumatisme, des fragments d'épiderme. Les corps rugueux, hérissés de quelques saillies, offrant une certaine surface, étaient plus particulièrement propres à produire ce phénomène; tantôt un lambeau d'épiderme correspondant à la surface de l'instrument était détaché; tantôt, au contraire, il en restait une partie, plus ou moins grande suivant les cas, attenante à la peau. Les instruments acérés, non émoussés à leur extrémité se bornaient à diviser les téguments sans détacher des parcelles d'épiderme (aiguilles, clous finement aiguisés); si au contraire l'instrument était un peu émoussé, il était possible de retrouver soit dans les parties profondes, soit à son extrémité, en disposant convenablement l'expérience, une petite portion d'épiderme dont le microscope était quelquefois nécessaire pour déterminer la nature. Ces résultats étaient les mêmes, quelle que fût la région de la main (doigts ou paume) sur laquelle était tentée l'expérience.

La deuxième proposition avait déjà été justifiée par les expériences pratiquées sur l'iris, lorsque le professeur Masse (de Bordeaux) entreprit ses remarquables expériences sur la production expérimentale des kystes dermoïdes. Insister sur la belle série des expériences entreprises sur l'iris, tendant à vérifier la théorie de Rothmund, par Dooremale (1873), Goldzieher (1874), Schweninger (1875), Hosch (1880–1881), Masse (1881-1885) serait sortir du cadre de notre travail; il nous suffira de rappeler que la théorie traumatique des tumeurs perlées et des kystes épidermiques de l'iris était définitivement fondée sur les résultats indiscutables obtenus par ces auteurs. Le professeur Masse montrait, d'autre part, qu'en introduisant des membres de rats nouveau-nés dans la cavité péritonéale de rats plus âgés, on obtenait des kystes dermoïdes; cet expérimentateur habile, étendant le champ de ses expériences, confirmait la théorie traumatique des kystes épidermiques de la main avancée par Gross, en faisant de l'inclusion épidermique sous-cutanée et en obtenant consécutivement des kystes de même nature. Ces résultats recevaient des recherches de Kauffmann (de Breslau), une éclatante confirmation en 1884.

L'auteur allemand, pratiquant ce qu'il appelait d'un terme étrange *l'enkatarraphie,* circonscrivait sur la crête et les barbes d'un coq un lambeau ovalaire de cinq à dix millimètres de longueur, laissait ce lambeau adhérent aux parties profondes et suturait au-dessus de lui les deux lèvres de la plaie. Au bout d'un temps variable, mais qui ne dépassait pas dix jours, il obtenait un kyste épithélial. Il a pu suivre ainsi l'évolution de ce kyste, dont je cite la description, qui est peu connue :

« Dans les premiers jours, l'épithélium reste aplati par les » vaisseaux sanguins, gonflés, et seulement recouvert par » quelques cellules infiltrées de tissu conjonctif. Au bout de

» quelques jours, la bande épithéliale prend, sur une incision » transversale, la forme d'un arc. J'avais cru au commence- » ment qu'il s'agissait seulement d'une flexion mécanique » venant après coup; en même temps le tissu cicatriciel qui » se forme, se resserre graduellement au-dessus de l'épithé- » lium. Par des mensurations et des observations postérieures, » j'ai obtenu la conviction que la bande épithéliale s'était » accrue en largeur et que, pendant qu'avait lieu une produc- » tion active d'épithélium, il se formait au-dessus une mem- » brane propre de recouvrement. L'épithélium s'accroît » toujours et s'infléchit vers la place de la cicatrice. L'épithé- » lium forme donc au-dessous de l'incision transversale une » rigole ou une gouttière dans laquelle s'introduit un bourrelet » ou une languette d'épithélium accru. Habituellement, l'épi- » thélium se referme en haut, et, au commencement de la » deuxième semaine, lorsque la cavité est complètement » fermée, il reste un kyste épithélial, un athérome. Il est un » fait particulier, c'est que dans la cavité épithéliale nouvelle- » ment formée, la couche épithéliale est plus épaisse que » l'ancienne; on trouve même que la transformation cornée » et la desquamation se produisent dans l'enveloppe épithé- » liale supérieure et dans la cavité sous une épaisseur plus » grande que dans l'enveloppe inférieure, qui est une couche » épithéliale basale. » (P. 243.) L'auteur ajoute qu'au bout de deux cent dix jours, le kyste n'était pas plus gros qu'au bout de trois ou quatre semaines, — fait intéressant à rapprocher de l'état stationnaire que présentent quelquefois les kystes épidermiques [1]. — Quant au tissu cellulaire voisin, il s'hy-

[1] Il serait intéressant, à ce sujet, de confirmer et de continuer les expériences de Verneuil et Clado sur la présence des microbes dans les kystes dermoïdes et de voir si l'état stationnaire ou l'accroissement des kystes épidermiques de la main ne sont pas soumis à l'influence de ces micro-organismes. (V. *Compte-rendu Acad. des Sc.*, 1888.)

perhémiait au début, il devenait plus riche en cellules et il formait une enveloppe autour du kyste ainsi constitué.

En 1886 *(Annales de la Charité de Berlin)*, Schweninger, suivant le même procédé avec quelques légères différences dans l'expérimentation, arrivait à des résultats analogues (1).

La même année, le professeur Lannelongue (de Paris) entreprend des expériences sur l'inclusion épidermique sous-cutanée et obtient des kystes épidermiques. (*Traité des kystes congénitaux.*) Il est regrettable que ces intéressantes recherches manquent totalement de détails.

J'ai entrepris moi-même de vérifier les expériences de Kauffmann et de faire chez des cobayes l'enkatarraphie sous-cutanée; j'ai été moins heureux que mes devanciers. Je n'ai eu que des résultats négatifs, malgré toutes les précautions antiseptiques dont j'avais cru devoir m'entourer. Je dois dire que Kauffmann avait également échoué en pratiquant l'inclusion sous-cutanée chez des chiens (Institut anatomique de Bonn).

Quoi qu'il en soit, il résulte de toutes ces expériences que l'invagination sous-dermique de lambeaux de peau entraîne presque constamment la production de kystes épithéliaux, reproduisant tous les caractères des kystes épidermiques. C'est un fait important à rapprocher de la formation par le même mécanisme des kystes et des épidermoïdomes de l'iris et qui vérifie d'une façon absolue la deuxième proposition formulée plus haut.

(1) Kauffmann proteste vigoureusement contre la priorité des expériences de Schweninger (*Arch. Wirchow*, 1887, Bd. CVII, p. 417) et affirme qu'il a été le premier à créer l'*enkatarraphie*. — Il n'y a pas de doute : la priorité reste à Kauffmann; mais je dois dire que, en 1884, M. Masse entreprenait déjà, aux laboratoires d'anatomie de la Faculté de Bordeaux, des expériences analogues dont j'ai eu l'honneur d'être le témoin, de sorte que le savant professeur a, aussi bien que Kauffmann, le droit incontestable de priorité.

Je terminerai en disant, pour mieux appuyer cette opinion, que l'expérimentation rend très bien compte de la forme et de la situation des kystes épidermiques. L'invagination sous-aponévrotique de fragments d'épiderme sur le cadavre nous explique l'existence du prolongement sous-aponévrotique dans le cas de Poulet. La portion d'épiderme attenant à la peau après éraillure de celle-ci par l'instrument contondant ou piquant nous donne la solution de la forme glandulaire du kyste de Gross (Obs. II). Les deux portions de peau disjointes se sont réunies après un temps plus ou moins long, et, dans le cul-de-sac formé, s'est produite la desquamation épithéliale qui, peu à peu, a amené la formation du kyste.

2° **Kystes épidermiques non consécutifs à un traumatisme avec plaie.** — La non-existence du traumastisme au niveau de la tumeur dans les antécédents du sujet, avait permis à MM. Lalitte et Guermonprez de fonder la théorie dermoïde et de l'étendre, comme nous l'avons déjà vu, aux kystes qui étaient bien consécutifs à une action traumatique. Inversement, les partisans de cette dernière opinion ont cru devoir appliquer cette proposition à tous les cas dans lesquels n'est pas signalé le traumatisme, à leur donner à tous la même pathogénie. Si la première opinion est exagérée, la seconde ne l'est pas moins.

Quelles sont donc les objections formulées contre la théorie dermoïde?

Les premières sont d'ordre purement spéculatif.

Les doigts, disent les partisans de cette théorie, sont fréquemment le siège de traumatismes nombreux dont on perd facilement le souvenir. Les kystes épidermiques seraient consécutifs à toutes les plaies, toutes les blessures survenues à une époque plus ou moins éloignée de la vie et dont l'existence antérieure échappe à notre mémoire. Que quelques cas ana-

logues se soient présentés, je veux bien l'admettre ; mais généraliser l'hypothèse à toutes les observations serait vraiment un argument trop commode. D'ailleurs, relier la production d'un kyste épidermique à un traumastisme survenu quinze, vingt, vingt-cinq ans auparavant est, je crois, forcer un peu les coïncidences ; c'est la raison qui ne m'a permis d'accepter le cas de Gross (Obs. I) qu'avec réserves.

D'autre part, n'y eût-il qu'un cas plaidant en faveur de l'existence des kystes dermoïdes de la main, cela suffirait pour fonder la théorie ; or, l'observation d'Heydenreich est une preuve d'un grand poids. Sa structure anatomique rappelle celle d'un kyste dermoïde de la deuxième variété et il est difficile de comprendre un kyste d'origine traumatique, s'organisant de manière à produire la peau avec tous ses caractères (corpuscules du tact, papilles, etc.). L'expérimentation a pu déterminer jusqu'ici le kyste épidermique avec une paroi cutanée et une gangue conjonctive, mais jamais on n'a vu cette paroi kystique prendre la structure complète de la peau.

Je passe à un second ordre d'objections qui a plus de valeur : c'est l'âge des malades. Traiter cette question est peut-être empiéter un peu sur le domaine de la clinique, mais je crois pourtant la discussion nécessaire pour résoudre le problème.

Le kyste dermoïde, a dit Lücke, dans l'encyclopédie de Pitha et Billroth, a son maximum de développement dans la puberté, non dans l'âge adulte. Or, les malades porteurs de kystes épidermiques (non consécutifs à des traumatismes) ont un âge variable entre trente et quarante-cinq ans. Reverdin en conclut que « l'argument tiré de l'âge, bien loin d'amener à considérer ces tumeurs comme des kystes dermoïdes, tend, au contraire, à les en séparer ».

Je ferai tout d'abord observer que certains kystes (indépen-

dants de toute blessure) se sont manifestés chez des individus jeunes. Témoins : 3 cas sur 12 (l'âge, dans le kyste de Muron, n'est pas signalé), qui sont ceux de Gibier (dix-sept ans), Guermonprez (vingt-deux ans), Chavasse (vingt-deux ans).

D'autre part, si M. Reverdin rejette comme dermoïdes les kystes épidermiques de la main survenus après trente ans, il doit également éliminer, pour la même raison, tous ceux qui, dans d'autres parties du corps, se présentent après cet âge; et cependant ce sont des kystes dermoïdes bien reconnus. Or, voici ce que nous apprennent les statistiques :

Kystes dermoïdes de l'ovaire.

Lebert		Pauly		Lannelongue (Stat. person.)	
Sur 57 cas :		Sur 105 cas :		Sur 26 cas :	
Entre 30 et 40 ans..	12.	Entre 30 et 40 ans..	21.	Entre 30 et 40 ans...	3.
Entre 30 et 50 ans..	25.	Entre 30 et 50 ans..	39.	Entre 30 et 50 ans...	9.

Pour le plancher buccal, nous trouvons 3 cas au-dessus de trente ans sur 25 observations, etc.

La question nous paraît donc jugée sur ce point.

Un troisième genre d'objections a été formulé par Poulet. Les professions auxquelles se livrent les individus porteurs de ces kystes les exposent à des heurts fréquents, à des frottements répétés au niveau de la paume de la main; on peut, suivant Poulet, assimiler ces frottements, ces heurts (sans plaie) à une blessure. Cette hypothèse n'est pas soutenable. Les frottements répétés, au niveau de la main, chez les ouvriers, les manœuvres, etc., n'entraînent des lésions que dans la superficie de la peau. Ce sont des épaississements de la couche cornée, des durillons, ou bien des hygromas (j'en ai cité un cas à la face dorsale du pouce) [1], mais jamais des

[1] Labougle et Sabrazès. (*Bull. Soc. Anat. Bordeaux,* 1889.)

kystes épidermiques dans le tissu cellulaire sous-cutané. Pour qu'un pareil fait fût exact, il faudrait constater la continuité du kyste avec la couche de Malpighi de l'épiderme ; on ne s'expliquerait pas autrement l'isolement des cellules épidermiques dans le tissu cellulaire, séparées de la membrane basale par une couche plus ou moins épaisse de tissu cellulaire. Enfin, ces kystes peuvent se développer chez des individus qui ne sont ouvriers ni manœuvres, et dont la main n'est pas soumise aux mêmes frottements. Je crois à l'influence des frottements, non comme cause déterminante, mais comme cause occasionnelle.

Un argument qui a été également produit contre la théorie dermoïde, est la différence de structure des kystes dermoïdes et des kystes épidermiques (Reverdin). Nous avons déjà fait justice de cette opinion (V. *Anatomie pathologique*, ch. II), qui ne repose sur aucun fondement ; bien au contraire, leur analogie anatomique entraîne leur assimilation pathogénique.

J'en arrive enfin à la dernière objection, qui est la plus spécieuse : il est impossible d'expliquer la formation de ces kystes dermoïdes par l'embryologie. Cet argument, à notre avis, n'a pas beaucoup d'importance ; si nos connaissances embryologiques ne sont pas, sur le développement de la main, suffisamment étendues pour nous donner la clef de la solution, est-ce une raison pour nier l'existence des kystes dermoïdes ? Connaît-on mieux la pathogénie des kystes dermoïdes du testicule, et même de l'ovaire ? Serait-il d'une bonne discussion de nier l'existence de ces kystes dermoïdes, parce qu'on n'en peut saisir exactement l'origine, le mode de développement ?

En réalité, c'est déplacer les termes mêmes de la discussion : on reconnaît l'existence d'un kyste dermoïde, — et nous la croyons démontrée pour certains kystes épidermiques de la

main, — et on tâche alors de lui chercher, de lui approprier une théorie convenable.

Lalitte s'était déjà demandé si, au niveau de la palette palmaire, « il existait sur la face palmaire une gouttière qui se comblait par la soudure de ses deux bords libres. Si elle existait, il serait facile d'expliquer, par la soudure prématurée des bords, l'existence d'un cul-de-sac cutané qui, plus tard, perdrait toute connexion avec la peau du voisinage. » (P. 41.)

M. Jacquet admettait, tout récemment, l'existence sous-dermique de débris épithéliaux erratiques, émanés à la période embryonnaire de la face profonde de l'ectoderme ou des culs-de-sac glandulaires, lui permettant d'expliquer la formation des hydradénomes éruptifs (épithéliomes kystiques de la peau) dont j'ai parlé plus haut. Cette théorie séduisante était à rapprocher de celle de Malassez et d'Albarran pour les kystes de la mâchoire (parodontarium), mais M. Jacquet faisait lui-même justice de la sienne en disant que c'était une simple hypothèse et qu'elle ne s'étayait jusqu'ici sur aucune preuve.

J'ai cherché moi-même dans l'embryologie de la main l'explication des kystes dermoïdes; ce n'est que sous toutes réserves que je formule mon hypothèse.

« Avant l'apparition des sillons interdigitaux, les doigts sont » représentés par des traînées cellulaires disposées en rayons » comme les doigts futurs. Sur deux embryons, examinés par » Schenck, ces traînées étaient plus nombreuses que les doigts. » L'un d'eux en possédait jusqu'à neuf. Celles de ces traînées » qui excèdent le nombre normal disparaissent habituelle » ment. » (Poirier, p. 62.)

D'après les gravures de Schenck (*Traité de l'embryologie comparée des vertèbres*, Vienne, 1874), il ne semble pas qu'il y ait disparition de ces traînées, mais bien fusion. Or, ce processus embryologique explique très bien la polydactylie. Tandis qu'à

l'état normal, ces traînées cellulaires se fusionnent deux par deux, quatre sillons se produisent au niveau de la membrane interdigitale et forment ainsi les doigts ; — anormalement, il peut se faire un retard dans la fusion de ces traînées cellulaires, peut-être sous une influence atavistique ; un cinquième sillon se manifeste et un sixième doigt est créé. C'est là un cas extrême. Ne pourrait-on pas songer à une ébauche de cette division digitale surnuméraire? Ne pourrait-on pas admettre la formation de ce sillon en un point limité à une certaine période de la vie embryonnaire, la fusion trop rapide des traînées cellulaires entraînant la non-persistance du sillon et l'absence de toute division anormale des doigts? Ne pourrait-on pas alors penser à la soudure précoce des bords de ce sillon ayant pour conséquence l'emprisonnement, l'enclavement d'un petit lambeau cutané? C'est là une hypothèse qui justifierait la présence des kystes dermoïdes au niveau des doigts, mais qui ne peut avoir de valeur réelle qu'autant qu'elle sera appuyée sur des preuves anatomiques évidentes.

L'existence de ces kystes dermoïdes n'en est pas moins certaine, et de toute cette discussion pathogénique, je crois pouvoir conclure que les kystes épidermiques de la main reconnaissent, dans leur formation, une double origine :

1° Ils se développent consécutivement à des traumatismes.

2° Ils sont congénitaux, analogues aux kystes dermoïdes. Mais cette double origine n'est, en réalité, qu'apparente, si l'on songe que, dans les deux cas, il y a toujours inclusion, les kystes dermoïdes étant des kystes par enclavement, ainsi qu'il résulte des magnifiques théories de Verneuil, de Roser, de Lannelongue, etc., et des remarquables expériences confirmatives du professeur Masse, de Bordeaux.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

1° Il existe à la main une variété de tumeurs kystiques, — les kystes épidermiques, — variété rare, puisqu'il n'existe dans la science que vingt-quatre observations absolument probantes.

2° Les caractères macroscopiques et microscopiques de ces kystes les rapprochent des kystes dermoïdes de la première variété de Lebert.

3° La structure la plus fréquente de la paroi kystique est celle d'une enveloppe de tissu conjonctif tapissée à face interne par un épithélium stratifié rappelant tous les caractères de l'épiderme.

4° Cette structure peut présenter des anomalies depuis la simple enveloppe épithéliale à cellules cornées, sans gangue connective, jusqu'à la peau avec tous ses caractères.

5° Le contenu est susceptible, lui aussi, de nombreuses variétés ; il est d'ordinaire constitué par une desquamation des cellules épidermiques de la paroi et accessoirement par la dégénérescence granulo-graisseuse de ces mêmes cellules et quelquefois des fibres conjonctives de l'enveloppe.

6° La pathogénie fort discutée des kystes épidermiques de la main peut être considérée comme double :

a) Ces kystes reconnaissent comme origine une inclusion traumatique.

b) Ces kystes reconnaissent comme origine une inclusion congénitale.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de la thèse,

Dr A. BOUCHARD,

Vu :

Le Doyen,

Dr A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 21 novembre 1889.

Le Recteur,

H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE [1]

VERNEUIL. — *Etude sur les tumeurs de la peau; de quelques maladies des glandes sudoripares.* (*Arch. gèn. médecine,* 1854, t. IV, p. 453.)

ERICHSEN. — *The Lancet,* Vol. I, p. 434, 1860.

Th. ANNANDALE. — *The malformations, diseases and injuries of the fingers and toes and their surgical treatment.* (Edinburgh, 1883.)

RIZET. — *Bulletin médical du Nord,* 1866.

MURON. — *Bull. Soc. Anat.,* Paris, 1858, p. 539.

BACHON. — *Rec. méd. et chir. militaires,* 1873, p. 61,

GILLETTE. — *Gazette des Hôpitaux,* 1875, p. 854.

BILLROTH. — *Chirurgische Klinik,* p. 466.

COSSON. — *Etude générale sur quelques tumeurs de la paume de la main et des doigts.* (Th. Paris, 1879.)

DEMAY. — *Etude clinique et histologique de certaines tumeurs de la main.* (Th. Paris, 1880.)

TROQUART. — *Journal de Médecine de Bordeaux,* septembre 1881, n° 6, p. 52.

GIBIER. — *Bullet. Soc. Anat.,* Paris, 1881, p. 161.

RIZET. — *Gazette des Hôpitaux,* 1881, p. 755.

KÜSTER. — *Ein chirurgisches Triennium. Kassel und Berlin,* 1882, p. 251.

CHAVASSE. — *Revue médicale de l'Est,* janvier 1883.

POLAND, SAVAGE, GODLEE, W. HULKE. — *Pathological Society of London,* 16 oct. 1883. (*British Med. Journal,* 1883, vol. II, p. 773.

MICAULT. — *Tumeurs perlées des doigts.* (Th. Nancy, 1883.)

NICAISE. — *Congrès pour l'avanc. des sciences françaises.* Rouen, 1883.

G. HARVEY. — *Brit. Med. Journal.* January 1884, n° 1, p. 10.

POLAILLON. — *Union médicale,* 1884, vol. II, p. 142.

KAUFFMAN. — *Ueber Enkatarraphie von Epithel.* (*Arch. für Path. anat.,* etc., 1884, Bd. XLVII, p. 236.)

GROSS. — *Contribution à l'étude des tumeurs perlées,* Paris, 1885.

(1) Je ne fais pas figurer dans cet index bibliographique la liste des traités classiques de pathologie (Reclus, Kimisson....., A. Bouchard, Poulet et Bousquet, etc.) où la question qui nous occupe n'est pas traitée ou l'est d'une façon toute rudimentaire, ni un certain nombre d'auteurs et d'ouvrages déjà signalés dans le texte, n'ayant avec le sujet que des rapports éloignés.

HIRIGOYEN. — *Tumeur de la main chez un enfant.* (*Bullet. Soc. Médecine et Chirurgie de Bordeaux,* juin 1885.)

GUERMONPREZ et TOISON. — *Journal des Sc. méd. de Lille,* 5 juillet 1885.

GUERMONPREZ. — *Revue méd. française et étrangère de Paris,* 11 juill. 1885.

— *Kystes des doigts,* Paris, 1886.

LALITTE. — *Des Kystes dermoïdes des doigts.* (Th., Nancy, 1885.)

HEYDENREICH, KIRMISSON. — *In* thèse Lalitte, p. 16 et 18.

BARKER. — *Pathol. Society of London,* nov. 3thd 1885.

VILLAR. — *Soc. clinique de Paris.* (*France médicale,* 1886, p. 522.)

POULET. — *Bullet. et Mémoires de la Soc. chirurgic. de Paris,* t. XII, 1886, p. 460.

LANNELONGUE et ACHARD. — *Traité des Kystes congénitaux,* Paris, 1886.

MASSE. — *Communications diverses à la Société de Chirurgie, à l'Académie des Sciences* (de 1881 à 1886).

MASSE. — *Kystes, tumeurs perlées et tumeurs dermoïde de l'iris,* Paris, 1886.

SCHWENINGER. — *Annales de la Charité de Berlin,* 1886, Bd. XI, p. 642.

POIRIER. — *Du développement des membres.* (Th. concours, Paris, 1886.)

REVERDIN. — *Des Kystes épidermiques des doigts.* (*Revue de la Suisse romande,* 1887.)

VILLAR. — *Bull. Soc. Anat. Paris,* 15 avril et 7 octobre 1887.

DARIER. — *Bull. Soc. Anat. Paris,* 22 avril 1887, p. 232.

VERCHÈRE. — *Bull. Soc. Anat. Paris,* 1837, p. 526.

JACQUET et DARIER. — *Hydradénones éruptifs.* (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie,* 1887, t. VIII, p. 317.)

GUILLIER. — *Soc. méd. du VIe arrondissement,* Paris, 1888. (*France médicale,* 10 juillet.)

JONNESCO. — *Bullet. Soc. Anat. Paris,* nov. 1888, p. 940.

FERRÉ. — *Bull. Soc. Anat. Paris.* (*Fibro-sarcome à cellules géantes,* Paris, 1888.)

VERCHÈRE. — *Bullet. Soc. Anat. Paris,* 18 janvier 1889.

DARIER. — *Bullet. Soc. Anat. Paris,* 25 janvier 1889.

D. MOLLIÈRE et PONCET. — *Soc. médic. de Lyon,* mai 1889.

REVERDIN. — *Revue de la Suisse romande,* 1889, p. 87.

JACQUET. — *Épitheliome kystique de la peau.* (*Congr. Dermatologie,* Paris, août 1889).

CASSAET et LABOUGLE. — *Fibro-sarcome à cellules géantes.* (*Bull. Soc. Anat. Bordeaux,* 11 novembre 1889.

LABOUGLE. — *Kyste épidermique de la main droite consécutif à un traumatisme.* (*Journal de Médecine de Bordeaux,* nos 16 et 17, 1889.)

Traités d'histologie pathologique (Cornil et Rauvier, Rindfleisch). Articles: *Main, Doigts* (Polaillon), *Kystes* (Kirmisson), *Sébacé* (Robin) du *Dictionnaire des sciences médicales.* — *Kystes* (Heurtaux) du *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.*

Bordeaux. — Imprimerie G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.